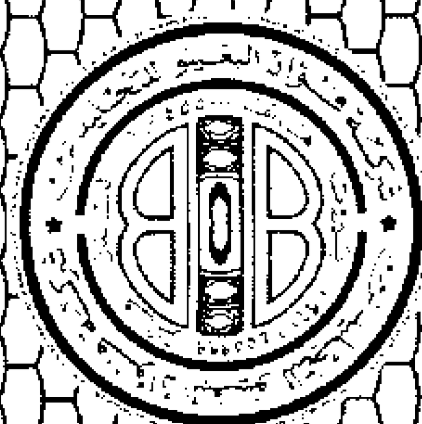
الإدارة الصحية

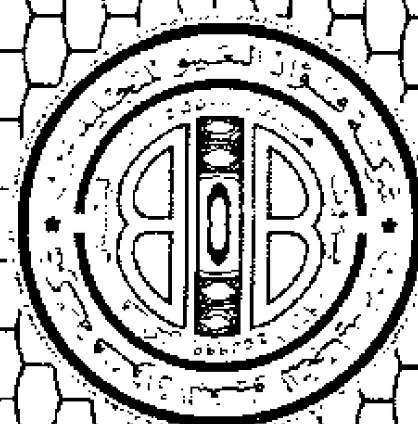
وفق نظام الجودة الشاملة



الدكتور
نور الدين حاروش
كلية العلوم السياسية والإعلام







658 ,564

رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية: (2011/9/3387)

المؤلف: نـــور الديـــن حـــاروش

الكتاب: الإدارة الصحيـــــة

الواصفات: الإدارة الصحيـــة - إدارة الجـــودة

لا يعبر هذا المصنف عن رأي دائرة المكتبة الوطنية أو أي جهة حكومية أو الناشر

ISBN:978-9957-16-751-6

الطبعة الأولـــى 2012م - 1433هـ



أسسها خالد محمود جابر حيف عام 1984 عمان - الأردن
Est. Khaled M. Jaber Haif 1984 Amman - Jordan

المركز الرئيسي

عمان - وسط البلد - قرب الجامع الحسيني - سوق البتراء - عمارة الحجيري - رقم 3 د

هاتف: 4646361 6 (962 +) فاكس: 4610291 6 (962 +) ص.ب 1532 عمان 11118 الأردن

فرع الجامعة

عمان - شارع الملكة رانيا العبد الله (الجامعة سابقاً) - مقابل بوابة العلوم - مجمع عربيات التجاري - رقم 261

هاتف: 5341929 6 (962 +) فاكس: 5344929 6 (962 +) ص.ب 20412 عمان 11118 الأردن

Website: www.daralthaqafa.com e-mail: info@daralthaqafa.com

Main Center

Amman - Downtown - Near Hussayni Mosque - Petra Market - Hujairi Building - No. 3 d

Tel.: (+962) 6 4646361 - Fax: (+962) 6 4610291 - P.O.Box: 1532 Amman 11118 Jordan

University Branch

Amman - Queen Rania Al-Abdallah str. - Front Science College gate - Arabiyat Complex - No. 261

Tel.: (+962) 6 5341929 - Fax: (+962) 6 5344929 - P.O.Box: 20412 Amman 11118 Jordan

Dar Al-Thaqafa For Publishing & Distributing

الثقافة للتصميم والإخراج

الإدارة الصحيــة

وفــق نظــام الجــودة الشاملــة

الدكتور
نور الدين حاروش

دار الثقافة
للنشر والتوزيع
1433هـ-2012م

الإهـــداء

أهدي هذا العمل

إلى . .

زوجتي . . . . وأولادي

كوثر

عماد الدين

نور الهدى

الفهرس

الفصل الأول
تنظيم قطاع الخدمة الصحية وتسييره

الفصل الثاني
الأبعاد القيمية والثقافية في عمليات التنظيم والتنسيق واتخاذ القرار داخل المستشفى

الفصل الثالث
نظام إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية

الفصل الرابع
كيفية تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات الجزائرية

المقدمة

تتعامل المستشفيات عادة مع حالات الناس غير الأصحاء ـ المرضى ـ التي يكون فيها الوقت ودقة العمل عاملاً حاسماً في إنقاذ حياتهم، وهو الأمر الذي يتطلب توافر المؤهلات العلمية والعملية والمهنية على مواجهة الكوارث والحوادث والإصابات والآثار الصحية السلبية المؤثرة على المجتمع التي تتعرض لها المستشفيات وأقسامها وكذا المجتمع الذي تخدمه من جراء سوء الإدارة وحدوث العدوى فضلاً عن تدني معالجة النفايات الطبية والتخلص منها، وعدم مطابقة الهياكل والوحدات مع المعايير العالمية، سواء تعلق الأمر بالبنايات والتجهيزات وبيئة المستشفى ككل. وإذا أردنا التعامل بدقة مع ذلك فلابد من إدارة جميع الموارد النادرة والمحدودة من موارد بشرية ومادية بطريقة كفؤة ولائقة وباتباع الأساليب المنهجية التي تعتمد الطرائق الحديثة في إدارة المستشفيات كمنظمة معقدة، وضرورة وجود تنسيق بين جميع أقسامها الطبية وشبه الطبية والإدارية و الخدماتية، ومن جهة أخرى إحداث تكامل بين وزارة الصحة والوزارات التي لها علاقة مباشرة أو غير مباشرة بصحة المواطن، لأنه يخطئ من يقول بأن مشكلة الصحة في أي بلد هو مشكلة وزارة الصحة فقط.

المستشفيات هي منظمات مفتوحة وفي حالة تفاعل مستمر مع متغيرات البيئة المختلفة سواء الداخلية أو الخارجية، ومن جهة أخرى تعتبر المستشفيات من أبرز المؤشرات الأساسية لقياس مستوى التطور الحضاري لأي بلد.

والمستشفى العمومي هو تنظيم على جانب كبير من التعقيد، فالتكنولوجيا المتقدمة جنباً إلى جنب مع الممارسات الطبية المتغيرة خلقت أهدافاً جديدة وأساليب متطورة للمستشفى. وبالموازاة مع كل هذه فإن التركيبة البشرية للمستشفى بشكل عام مختلفة، بحيث نجد أعداداً كبيرة من المهنيين ممثلين في الأسلاك الطبية وشبه الطبية والإدارية والمهنية، بالإضافة إلى بروز تخصصات أخرى، وكنتيجة لذلك أصبحت المستشفيات بمثابة هياكل إدارية وتنظيمية متميزة من جهة، وأنظمة نفسية، اجتماعية، فريدة من نوعها من جهة أخرى.

إن المستشفى في الأساس - وفوق كل شيء - تنظيم بشري، وبالتالي فهو نظام اجتماعي إنساني معقد، إذ إن مادته الخام هو الإنسان وإنتاجه إنساني وعمله ينفذ بشكل رئيس بواسطة الإنسان، وهدفه إنساني، أي هو في خدمة مباشرة للناس والأفراد.

كما أن المستشفيات أصبحت اليوم تولي عناية خاصة للممارسات الإدارية المتميزة، وذلك لتحقيق الهدف الأساسي المتمثل في كيفية التعامل مع مشكلات المجتمع الصحية والوقائية معاً، ونقصد بالإدارة المميزة بالطبع الإدارة وفق متطلبات الجودة الشاملة، والحصول على شهادة المطابقة الأيزو 9001، كترجمة للخدمات الجيدة التي تقدمها المستشفيات بمختلف تركيباته البشرية، سواء للمرضى أنفسهم أو من خلال التعامل اللائق مع مرافقيهم من خلال تزويدهم بالمعلومات المتعلقة بمرضاهم

للاطمئنان عليهم وتهدئة خواطرهم، وكل ذلك يساعد المريض والمستشفى في تحقيق أفضل النتائج وهي شفاء المريض واستعادة عافيته.

وإذا رجعنا إلى القديم نجد أن العرف السائد في الممارسات الطبية هو الممارسة المستقلة والعلاقة المباشرة المغلقة بين المريض والطبيب دون تدخل المستشفى كتنظيم، ولكن وبعد دخوله كطرف في تنظيم هذه العملية أصبحت له أهداف كثيرة ومتعددة. ويبقى الهدف الرئيس هو تلبية حاجات المريض بالنسبة للمعالجة والعناية الطبية، وما التركيبة البشرية المختلفة للمستشفى إلا تفسير لوسائل تحقيق هذه الأهداف العامة، كما أن الأهداف الإضافية الأخرى للمستشفى كالتكوين الطبي، وشبه الطبي، والبحث العلمي، يجب أن تكون متكاملة في التنظيم. إذن، فإن توصيل الخدمات الصحية الآن قد تحول من عملية تبادل شخصية (طبيب ـ مريض) إلى عملية تنظيمية، إذ إن عملية التنظيم عموماً تهدف إلى تجنيد الطاقات البشرية والمادية وتوجيهها نحو الطريق الصحيح حتى يتسنى للأفراد والجماعات أن يحققوا الأهداف المنشودة [1]. وبعبارة أخرى فالتنظيم بهذا التعريف ما هو إلا نظرية تجريدية يمكن أن تتحول إلى حقيقة واقعية، كما يمكن أن تبقى تجريدية. ولهذا فجوهر القضية ليس في رسم الخطط على الأوراق وإنما يكمن في تنظيم العنصر البشري الذي يعتبر رأس المال

(1) إن التنظيم Organisation هو تأسيس أو بناء العلاقات بين أفراد العمل، ومواقع العمل والأفراد من خلال سلطة فعالة، بهدف تحقيق الالتحام والترابط و أداء العمل بطريقة جماعية ومنظمة.
(راجع: مدني عبد القادر علاقي، الإدارة، دراسة وصفية تحليلية للوظائف والقرارات الإدارية، ط1، جدة: دار التهامة، 1401هـ ـ1981 م، ص 711).

الأساسي لأي تنظيم ناجح وفعال، وهو ما نسعى إليه من خلال هذه الدراسة قصد تبني أهم الطرائق الحديثة في الإدارة، واستغلال مفاهيمها ومبادئها لتحسين وتطوير الخدمات الصحية، العلاجية والوقائية والاستشارية.

إذ إن العنصر البشري يعتبر في التنظيم من أهم العناصر التي يتوقف عليها نجاح وفعالية أية منظمة في تحقيق أماني أفرادها وطموحهم، أو في فشلهم وخيبة أملهم.

ومن جهة أخرى، فإن الهيكل التنظيمي للمستشفى يختلف اختلافاً جوهرياً عن التصميمات الخاصة بالتنظيمات الأخرى، فالمستشفى عادة ما يؤسس على علاقة فريدة ومميزة بين السلطة الرسمية المستمدة من المركز ممثلة بالهرم الإداري من جهة، وسلطة المعرفة ممثلة بالأطباء والمهنيين الآخرين من جهة أخرى، مما يخلق هيكلاً رسمياً منتشراً وغير عادي. وهكذا فالسلطة في المستشفى لا تنبثق من مصدر واحد أو منفرد ولا تتسلسل عبر خط منفرد كما هو الحال في غالبية التنظيمات الرسمية (أي الصفة الأساسية للنموذج البيروقراطي).

إن الأساس التي تقوم عليه السلطة في المستشفى هي سلطة مشتركة (ليست بالتساوي) بين الإدارة والأطباء ولحد ما مهني التمريض وبعض التخصصات المهنية الأخرى. وكل مجموعة من هذه المجموعات لديها الأساس لممارسة السلطة، ولكن خطوط السلطة ليست مرسومة بشكل واضح منفرد، فهناك العديد من التداخل والتشابك بين مصادر السلطة

والذي عادة ما ينجر عنه الصراع والتشتت وعدم الالتزام بالتنظيم الهرمي القانوني.

وإذا كانت السلطة هي اتخاذ القرارات الإلزامية التي يطبقها الآخرون وإقناع الأفراد بالامتثال والتماشي مع السياسة المرسومة، فإنها بهذا المعنى تنفرد بظاهرة مهمة وهي المرونة والفعالية، والانتقال من الشكل التقليدي الهرمي إلى الشكل الأفقي والمصفوفي.

إن المنظمة، بالإضافة إلى ما سبق ذكره، هي بحاجة إلى عوامل مادية تستعملها في مجال الأبنية والمنشآت والآلات التي أصبحت أكثر تكلفة وتعقيداً، مما وضع المستشفى الحديث أمام صعوبات تمويلية كبيرة للحصول على هذه الآلات والمعدات الجديدة والمتطورة للمعالجة والتشخيص. فبينما كانت الحقيبة السوداء هي كل معدات الطبيب في السابق، أصبح الأطباء يحتاجون إلى معدات وتجهيزات وتسهيلات ليس في مقدورهم تأمينها أو امتلاكها، وبالتالي أصبح المستشفى المصدر الرئيس لتجميع الآلات والتسهيلات الضرورية للعناية بالمرضى ومعالجتهم بكيفية فعالة ومرضية.

إن السياسة الصحية في الجزائر، وخاصة بعد إنشاء الطب المجاني تطورت على أساس مبادئ ضمان إيصال العلاج إلى جميع المواطنين مهما كان دخلهم المادي ومكانتهم الاجتماعية، بحيث نجد كل الدساتير، وخاصة دستور1976 في مادته 67، يجسد هذه الفكرة إذ يؤكد على أن: (لكل المواطنين الحق في الرعاية الصحية، وهذا الحق مضمون عن طريق

توفير خدمات صحية عامة ومجانية، وبتوسيع مجال الطب الوقائي والتحسين الدائم لظروف العيش والعمل، وكذا عن طريق ترقية التربية البدنية والرياضية ووسائل الترفيه).[1]

أما دستورا 1989، و1996، فقد نصا صراحة على أن: (الرعاية الصحية حق للمواطنين تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية ومكافحتها).[2]

بالإضافة إلى ذلك، فهناك عدة قوانين ومراسيم وأوامر ومناشير حددت الإطار القانوني لإنشاء وتنظيم وتسير وتمويل الهياكل الصحية منذ الاستقلال حتى الآن، وأذكر على سبيل الذكر لا الحصر القانون رقم 85 -05 المؤرخ في 12 فيفري 1985م والمتضمن حماية وترقية الصحة، والذي عرف ثلاثة تعديلات خلال التسعينيات، ولعل أهمها تلك المتعلقة بالنشاط التكميلي الخاص بالأطباء المتخصصين والاستشفائيين الجامعيين. والمرسوم رقم 86 ـ25 المؤرخ في 11 فيفري 1986 م المتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الاستشفائية الجامعية. والمنشور الوزاري رقم 01 المؤرخ في 08 أفريل 1995م المتضمن مساهمة المرضى في نفقات الإطعام والإيواء في الوسط الاستشفائي. دون

---

(1) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، جبهة التحرير الوطني، الدستور 1976، ص 30.

(2) راجع ما يلي :

- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الدستور1989، ص 14.
- نص مشروع تعديل الدستور، جريدة المساء، الجزائر، 12 جمادى الثانية 1417هـ/ 24 أكتوبر 1996م، ص 11.

أن ننسى المرسوم التنفيذي رقم 97-465، المؤرخ في 2 ديسمبر 1997 الذي يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها والمرسوم التنفيذ رقم 97-466، المؤرخ في 2 ديسمبر 1997 الذي يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيرها وكذا المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، والمرسوم رقم 97-467 المؤرخ في 2 شعبان 1418 هـ، الموافق لـ 2 ديسمبر 1997 م المحدد لقواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها. إضافة إلى ميثاق الصحة الذي جاء بمناسبة انعقاد الجلسات الوطنية للصحة بالجزائر أيام 26 و27 و28 ماي 1998م. ناهيك عن العديد من المراسيم الخاصة بالنهج التعاقدي والذي بدأ الحديث عنه بداية من سنة 1992 من خلال قانون المالية حيث لمح بأنه بداية من العام الموالي فإن الدولة ستتكفل بالوقاية وبالمعوزين والبحث في العلوم الطبية أما باقي العلاجات فتتم وفق تعاقد بين المؤسسات الاستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعي.

هذا من حيث الإطار القانوني، أما من ناحية تسيير الموارد البشرية فقد عرف النظام الصحي في الجزائر تطورات كبيرة، حيث عرف التكوين الطبي وشبه الطبي قفزة نوعية في هذا المجال وذلك منذ الاستقلال إلى يومنا هذا. إضافة إلى مضاعفة النفقات الوطنية للصحة وإنشاء العديد من الهياكل الصحية والمخابر ومدارس وملحقات التكوين وغيرها. و بالرغم من ذلك، وفي إطار البحث عن إمكانية تحسين

الخدمات الصحية من خلال إصلاحات النظام الصحي تم التوصل إلى نتيجة مفادها عدم رضى المرضى و صاحبه كذلك عدم رضى ممارسي الصحة، وهي نتيجة لما وصل إليه النظام الصحي في الجزائر بصفة عامة[1]، ولا يمكن ترك الأمور على ما هي عليه، خاصة وأن الدولة سخرت لقطاع الصحة إمكانيات مالية كبيرة، مما يستدعي حسن تسييرها ورشادتها من خلال اتباع أساليب تسييرية حديثة.

وقد أعطيت بعض التفسيرات لهذه المشكلة كزيادة نفقات الصحة دون تحسين صحة المجتمع وعدم الوصول إلى الأهداف المسطرة، والمتمثلة في تخفيض وفيات الأمومة والطفولة والقضاء على الأمراض المتنقلة ... بل ظهور أمراض أخرى التي تتطلب نفقات أكبر مثل أمراض العجز الكلوي، وأمراض القلب، والأوعية الدموية...إلخ.

وهو ما يتطلب من السلطات العمومية وضع الآليات التسييرية التي تستطيع إيصال العلاج لجميع المواطنين ومن ثم التحكم في تكلفة التكوين والعلاج معاً، لأن عدم وجود تنظيم كفيل بمعالجة هذه المشكلات قبل استفحالها، سيؤثر سلباً على المريض وممارسي الصحة وما هي المصلحة الصحية ذات الأولوية التي تستحق التمويل نظراً لشح الموارد المالية لاسيما وأن التمويل من طرف الدولة اتضح جلياً أنه لا يستطيع إيصال

(1)R.A.D.P. Ministère de la santé et de la population , ACTES DE LA CONFERENCE SUR LA REFORME du SYSTEME de SANTE ET DE LA SECURITE SOCIALE, Alger: Club des Pins, 4,5 et 6 Décembre 1990, p. 9.

العلاج لكل المواطنين وبصورة عادلة، وهذا لا تنفرد به الجزائر وحدها، كما أن خصخصة القطاع الصحي لن يحل مشكلات المجتمع الصحية. إن كيفية استغلال واستعمال الإمكانيات المادية والبشرية المتوافرة بشكل عقلاني وجعلها في خدمة المريض، وهو الهدف المشترك والأساسي لكل عناصر التنظيم، إذ يتطلب بالضرورة نمطاً جديداً من العلاقات العامة، بحيث يكون هناك عقد أو تعاقد يربط بين الموارد وما يقدم من علاج (العارض والطالب للعلاج، أي الدافع لثمن العلاج والمعالج ... وهذا النمط هو محل الدراسة حالياً.. إنه الأسلوب التعاقدي)، بالإضافة إلى إمكانية تطبيق نظام الجودة الشاملة، مع أخذ البيئة بمكوناتها الداخلية والخارجية بعين الاعتبار.

وحسب تقرير منظمة الصحة العالمية والخاص بالصحة في العالم لعام 2008، والذي ركز على أهمية الرعاية الصحية الأولية - اليوم أكثر من أي وقت مضى - خلص التقرير إلى أن هناك أربع مجموعات يمكن أن تحقق التقارب بين قيم الرعاية الصحية الأولية وتوقعات المواطنين وتحديات الأداء الشائعة في مجال الصحة والتي تعترض جميع المجالات الأخرى، هذه المجموعات هي في الحقيقة الإصلاحات التي يمكن أن تقوم بها أي دولة، وهي:

1. إصلاحات التغطية الشاملة التي تعيد إسهام النظم الصحية في تحقيق المساواة والعدالة الاجتماعية وإنهاء الإقصاء وذلك بإتاحة الرعاية الصحية والاجتماعية الشاملة.

2. إصلاحات تقديم الخدمات، بحيث تقوم على أساس احتياجات الناس وتوقعاتهم، وتجعلها أنسب اجتماعياً وأكثر استجابة للعالم مع التوصل إلى نتائج أفضل.
3. إصلاحات السياسات العمومية التي تكفل للمجتمعات المحلية صحة أفضل عن طريق دمج إجراءات الصحة العمومية مع الرعاية الأولية وعن طريق اتباع سياسات عمومية صحية في جميع القطاعات.
4. إصلاحات القيادة التي تستعيض من جانب الاعتماد المفرط والتحكم والمكافحة، ومن جانب آخر عدم التدخل وفك ارتباط الدولة بالقيادة الشاملة والتشاركية القائمة على التفاوض التي أصبح يقتضيها تعقد النظم الصحية المعاصرة.

وإذا كانت هذه الإصلاحات قابلة للتنفيذ في جميع أنحاء العالم فإنها ليست مخططاً نموذجياً ولا قائمة إجراءات، بل سيقتضي تنفيذها في كل بلد قوة دافعة في كل ظروف وسياسات محددة وأفضل البيانات المتاحة، ولكن لا يجب أن يكون هذا سبباً في عدم تنفيذ هذه الإصلاحات[1].

إن عدم تنفيذ هذه الإصلاحات وعدم تحسين الخدمات من شأنه زيادة نفاد صبر الناس أمام عدم قدرة المرافق الصحية على تقديم مستويات

(1) منظمة الصحة العالمية، التقرير الخاص بالصحة في العالم، 2008، ص 2.

من التغطية الوطنية يلبي الطلبات المعرب عنها والاحتياجات المتغيرة، وتقديم الخدمات بالشكل المتوقع منها.

وقد ذكر التقرير القيم المطلوبة في الصحة من خلال إعلان ألما أتا بالاتحاد السوفيتي سابقاً، وهي: العدالة الاجتماعية والحق في تحسين الصحة للجميع والمشاركة والتضامن، وهي القيم التي نجدها في كل مواثيق ودساتير الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية.

إن ترجمة هذه القيم إلى إصلاحات ملموسة يجب أن تتم بشكل متساو، غير أن المساواة في الصحة هذه الأيام تلقى رواجاً متزايداً في مناقشات القادة السياسيين ووزارات الصحة ومناقشات الهياكل الحكومية المحلية والمنظمات المهنية ومنظمات المجتمع المدني، وتحتاج قيم الرعاية الصحية الأولية، حتى توفير الصحة للجميع، إلى وجود نظم صحية تضع الناس في صلب الرعاية الصحية، إن ما يعتبره الناس أساليب معيشية مرغوبة بوصفهم أفراداً وما يتوقعونه لمجتمعاتهم تشكل متثبتات مهمة لتنظيم قطاع الصحة[1].

وعلى هذا الأساس تعمل الدول والحكومات على وضع سياسات صحية تستجيب لتحديات عالم متغير باستمرار، فلا شك أن الناس اليوم يتمتعون بصفة عامة بصحة أفضل ومال أكثر وعمر أطول عما كان عليه الحال قبل ثلاثين عاماً مضت، ولم يحدث أن توافرت للصحة موارد أكثر مما هي عليه الآن وأصبح اقتصاد الصحة العالمي يتنامى بخطى أسرع من

(1) منظمة الصحة العالمية، المرجع السابق الذكر، ص 5.

الناتج المحلي الإجمالي، حيث زادت حصته من 8% إلى 8.6% بين 2000 و2005، وأصبحت المعارف المتعلقة بالصحة تتزايد بسرعة والثورة التكنولوجية المتسارعة تضاعف إمكانات تحسين الصحة والتحول في التعليم الصحي في مجتمع عالمي عصري وأفضل تعليماً، وظهر الآن نوع من القوامة العالمية: من التبادلات المكثفة بين البلدان انطلاقاً في أغلب الأحيان من التسليم بالتهديدات أو التحديات أو الفرص المشتركة، ومن تزايد التضامن ومن الالتزام العالمي بالقضاء على الفقر، الأمر الذي ينجلي في المرامي الإنمائية للألفية الحالية، ومع ذلك هناك اتجاهات أخرى يجب عدم تجاهلها ومنها:

- إن التقدم الكبير في الصحة على مدى العقود الأخيرة كان متفاوتاً بشكل عميق بين البلدان وداخل البلد الواحد.
- تغير طابع المشاكل الصحية بشكل غير متوقع وبمعدل غير متوقع كذلك، فالشيخوخة وآثار سوء إدارة كل من التوسع الحضري والعولمة، تسرع في إحداث تحول عالمي في انتقال الأمراض المعدية وزيادة الاضطرابات المزمنة.
- النظم الصحية ليست بمعزل عن خطوات التغير والتحول السريعة التي أصبحت جزءاً أساسياً من العولمة اليوم، بما أن الأزمات الاقتصادية والسياسية تتحدى دور الدولة والمؤسسات في ضمان الحصول على الخدمات وتمويلها ويصاحب بروز الطابع التجاري

غير المنظم وطمس الحدود بين الجهات الفاعلة من القطاع العام والخاص.

إضافة إلى هذه العوائق، هناك ثلاثة اتجاهات مقلقة بشكل خاص وهي:

1. النظم الصحية التي تركز بشكل مناسب على عرض ضيق للرعاية العلاجية التخصصية.
2. النظم الصحية التي يتبع فيها نهج القيادة والتحكم في مكافحة الأمراض مع التركيز على النتائج قصيرة الأمد، وهو نهج يجزئ تقديم الخدمة.
3. النظم الصحية التي تتبع فيها نهج رفع الأيدي أو عدم التدخل مما أدى إلى ازدهار إضفاء الطابع التجاري غير المنظم على تقديم الخدمات الصحية. (1)

تعتبر هذه الاتجاهات صفعة في وجه الاستجابة الشاملة والمتوازنة للاحتياجات الصحية، وفي عدد من البلدان يشكل الوصول غير المنصف الناجم عن هذه الرعاية الصحية والتكاليف المفقرة وانعدام الثقة في الرعاية الصحية تهديداً للاستقرار الاجتماعي، وعليه فإن العمل على استدراك الوضع وتصحيح الاتجاهات يتطلب الاهتداء إلى أنجع الأساليب الإدارية القائمة على المنهج العلمي والتي وحدها فقط تحقق الأهداف المنتظرة من خلال السياسات الصحية المعتمدة من طرف كل دولة.

---

(1) منظمة الصحة العالمية، المرجع السابق الذكر، ص 6

سنحاول في هذه الدراسة الإلمام بمجمل النقاط التي تم ذكرها وفق خطة تتمثل بـ:

الفصل الأول: تنظيم قطاع الخدمة الصحية وتسييره.

الفصل الثاني: الأبعاد القيمية والثقافية في عمليات التنظيم والتنسيق واتخاذ القرار داخل المستشفى.

الفصل الثالث: نظام إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية.

الفصل الرابع: كيفية تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات الجزائرية.

الفصل الأول

تنظيم قطاع الخدمة الصحية وتسييره

- تمهيد .
- إدارة أزمة الصحة.
- نشأة مهنة التمريض ومراحل تطورها .
- تطور الخدمة الصحية من خلال مؤسسة المستشفى.
- تعريف الطب والصحة.
- تمويل الخدمات الصحية.
- إشكالية السلطة في المستشفى.
- تطور الخدمة الصحية.

الفصل الأول

تنظيم قطـــاع الخدمة الصحـــية وتسيـيره

تمهيد:

قبل التطرق إلى دراسة تنظيم قطاع الخدمة الصحية وتسيره، يجب علينا أولاً أن نستعرض ولو بصفة موجزة المراحل التي قطعها هذا القطاع حتى أصبح بالشكل الحالي، أي كيف تم تطور مفهوم الخدمة الصحية ومهنة الطب؟ وكيف أصبح الاعتناء بصحة الأفراد والجماعات الشغل الشاغل لكل نظام سياسي، واجتماعي؟ وما هي الهياكل التي اعتمد عليها في أول الأمر، أضف إلى ذلك الوسائل، والإمكانيات المادية والبشرية التي ساهمت بالبحث، والتفكير في بلورة ما يسمى بالخدمة الصحية وإنشاء المستشفيات ؟ لذلك ارتأينا أن تكون الخطة كما يلي :

- تطور الخدمة الصحية.
- تعريف الطب والصحة.
- تمويل الخدمات الصحية.
- إشكالية السلطة في المستشفى.
- إدارة أزمة الصحة.

تطور الخدمة الصحية:

لا يمكن فهم الأبعاد التنظيمية والسياسية لأي نظام صحي أو سياسة صحية في أي بلد دون الرجوع إلى تاريخ الطب والتمريض، والمراحل

التي قطعها هذان العلمان وذلك عبر العصور والحضارات ولو بصورة مبسطة.

أولاً: الطب والتمريض في بلاد ما بين النهرين

كان الاعتقاد السائد عند أهل بين النهرين بأن المرض ما هو إلا لعنة أو غضب القوى العلوية، فلذلك كان على الطبيب أن يعرف أولاً الذنب الذي اقترفه المريض حتى يحدد طريقة العلاج، والأطباء أو العاملون في ميدان الطب طبقات منهم:

- العراف واسمه (بارو)، ومهمته الإنذار والتشخيص ومعرفة أسباب المصائب.
- الراقي واسمه (أشيبو)، ومهمته طرد الشياطين من المريض ومن حوله.
- الآسي، وهو (الطبيب) الفعلي المعالج بالأدوية.
- الجراح وهو الذي يقوم بالتدخل الجراحي.

وهناك تصنف آخر للبابليين[1] لمن يقدم الرعاية الصحية للمريض أي العاملون في الطب وهو: الكاشف - الآسي - الجراح - الكاهن، والآسي هو ما يطلق عليه حالياً بالممرض، حيث جاءت التسمية من المواساة أي مواساة المريض والسهر على راحته. وقد اهتم حمورابي بالتمريض من خلال تشريعاته، حيث نظمت طرق مكافأة ومعاقبة من يقدم الرعاية الصحية للمريض.

(1) سعيد علي العنزي، الإدارة الصحية، عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2008، ص 23.

ويعتبر حمورابي[1] من أشهر ملوك بابل، حيث وضع تشريعاً يسمى باسمه واهتم بالطب وهو أول من فصل الطب عن الجراحة، وبين فيها رسوم الأطباء والعقوبات المفروضة على المهمل منهم أو المخطئ [2]. كقطع يد الطبيب في حالة فشله في علاج مريض، وإذا كان المريض عبداً وتوفي فيعوضه[3]، وكنتيجة لهذه العقوبات قل الإقبال على هذا العلم أو هذه المهنة. ولكن قبل هذا كان طبيب بابل في حالة ارتكابه خطأ في العلاج يطلب العفو من الآلهة، هذا يعني أن حمورابي وضع قوانين لتسيير مهنة الطب قبل أبقراط، الذي ينسب إليه أنه أول من وضع قسم الطبيب، بحوالي 12 قرناً. ولو أننا لا ننكر بأنه يعد فعلاً أب الطب.

ثانياً: الطب والتمريض عند قدماء المصريين

عرف الطب في بلاد وادي النيل تقدماً كبيراً، حتى أن شاعر الإغريق هوميروس تكلم عن مصر الزاخرة بالعقاقير التي اعتبر كل إنسان فيها طبيباً. ناهيك عن طريقتهم العجيبة في عملية التحنيط التي لا تزال إلى يومنا هذا محل تساؤل، كما عرف الفراعنة وظائف الأعضاء وتفصيلات الجسم البشري والدورة الدموية وحركات القلب، وعرفوا الجراحة وأخذوا عملية الختان من اليهود وهم أول من استعمل كرسي

---

(1) (القرن 18 ق.م).

(2) صلاح الدين أبوالرب، الطب والصيدلة عبر العصور، عمان: الأهلية للنشر والتوزيع، 1991، ص 22.

(3) عبد المهدي بواعنة، إدارة المستشفيات و الخدمات الصحية، التشريع الصحي والمسؤولية الطبية، عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع، 2003، ص28 .

التوليد، وكان لهم سجل يدونون فيه كل الأمراض والأطباء ويسمى "بالسفر المقدس" والطبيب مجبر على مراجعة هذا السجل وإلا تعرض لعقوبة تصل إلى الإعدام في حالة مخالفة طريقة العلاج المعتمدة في السجل[1]، كما اشتهر الكهنة بممارسة الطب حيث كانوا يستعملون السحر في عملية العلاج، وإذا كان الكاهن يعالج بالغيبيات، فإن الطب المصري عرف بأن المرض له أسباب أخرى مادية. وعرفت هذه الحضارة من جهة أخرى التمريض من خلال الطرق والإجراءات المتخذة في حالة وقوع المرض، فنجد أنهم وضعوا طرقاً لمعالجة الجروح والتعامل الصحيح مع الولادات والتعليم لمواجهة الأمراض فضلاً عن ذلك أن الزوجات والأمهات كن مسؤولات عن التمريض.

ثالثاً: الطب والتمريض عند الشعب الصيني

كانت مهنة الطب والتداوي عند الشعب الصيني تعتمد على السحر والشعوذة والأرواح الصديقة أو الطيبة، واعتقدوا بأن الأمراض سببها الفصول المتوالية في العام، فمثلاً أمراض الصدر تحدث في الشتاء، والأمراض الجلدية في الصيف، والحميات في الخريف، والأمراض العصبية في الربيع، ولو فتحنا هنا قوساً لوجدنا هذا الاعتقاد هو السائد في الوقت الحالي بحيث تكثر هذه الأمراض المذكورة في الفصول الموافقة لها. ومن جهة أخرى اهتم الصينيون بالغذاء والحمية ولا يستعملون الأدوية إلا في

(1) عبد المهدي بواعنة، المرجع السابق الذكر، ص 29 .

الحالات الضرورية، كيف لا وأن من واجب الطبيب في الوقت الحالي وكنصيحة أولى لمرضاه تجنب استعمال الأدوية قدر المستطاع. وأن ابن سينا يقول إذا كان الغذاء كافياً فلا داعي للدواء، وإذا كان الدواء البسيط كافياً فلا داعي للمعقد أو المركب، والشعب الصيني قسم الأدوية المستخرجة من الأعشاب الطبية إلى ثلاثة أنواع:

- الحلو: وهو مهم لتغذية العضلات.
- المر: وهو مقوٍّ للجسم.
- المالح: وهو مهم لتغذية العروق.

بالإضافة إلى علاجهم المعروف حتى الآن وهو الوخز بالإبر[1] Acupuncture، هذا و قد برزت عدة شخصيات صينية في هذا المجال منهم شانج شونج شنج، وبين شوياي، وهاوتو... إلخ.[2]

رابعاً: الطب والتمريض عند الشعب الهندي

كانت فلسفة العلاج عند الهنود تعتمد على الفلسفة الروحية حيث قالوا إن الإنسان من الممكن أن يتغلب على الألم والمرض والشهوات بالإيمان العميق والرياضة النفسية، هذه هي الفلسفة التي خرجت عنها رياضة اليوغا المشهورة. كما أن العرب تأثروا بالحضارة الهندية ونقلوا منها عدة أعمال خاصة في عهد الخليفة المنصور (136 هـ ــ 754م/ 158هـ ــ

(1) توجد بالجزائر بعثات طبية صينية تمارس هذا الاختصاص من الطب، بحيث يوجه لها المرضى من قبل الاختصاصات الأخرى خاصة التهاب المفاصل، وألم الرأس (الشقيقة) وغيرها.

(2) صلاح الدين أبوالرب، المرجع السابق الذكر، ص 37 .

775م)، وهارون الرشيد (17هـ ـ 786م / 193هـ ـ 809 م)، كما أن ابن سينا ذكر في كتابه (القانون في الطب) بعض الأمثلة عن تسميتهم للأمراض وطرق علاجها. وتعتبر الحضارة الهندية: أول دولة فصلت بين الطب والتمريض، بحيث منحت الأجور والرواتب العالية للممرضات لتشجيعهن وتحفيزهن على الانخراط في هذه المهنة، وتم وضع الأنظمة واللوائح للمهنة وتوزيع الصلاحيات والمسؤوليات للممرضات.

خامساً: الطب والتمريض عند اليونان

لا يمكن بأي حال من الأحوال إنكار تأثير الحضارة اليونانية في مهنة الطب والعلاج، حيث اجتمعت حولها الحضارات الأخرى، حتى اتخذ الأطباء شعار أسكليبوس (العصا والثعبان) رمزاً للطب حتى يومنا هذا، وقد انقسمت الحضارة اليونانية إلى ثلاث مراحل أساسية هي:

1. مرحلة الطب الإلهي (آلهة الصحة، وآلهة الموت والمرض ...).
2. مرحلة الطب الفلسفي (نظرية العناصر الأربعة: الماء والهواء والتراب والنار).
3. مرحلة الطب التجريبي (نظرية الأخلاط الأربعة: الدم والبلغم والصفراء والسوداء).

اشتهر في هذه المرحلة الأطباء أبقراط وأفلاطون (427 ـ 347 ق.م)، وأرسطو طاليس(384 ـ 322ق.م)، كما كان الطبيب إسكولابيوس (صقلاب) الذي يلقب بالملك، والنبي، والحكيم، والإلهي من أشهر أطباء

العصر اليوناني[1]، بالإضافة إلى أبقراط[2]الذي وضع قسم الطبيب، ومن جهة ثانية اهتم اليونان بغسل الأيادي واستعمال الماء المغلي والمطهرات المتوافرة في الطبيعة عند تضميد الجراح لمنع انتقال العدوى.

سادساً: الطب والتمريض في العهد الروماني

اهتم الرومان بالوقاية أكثر من العلاج، كما أنهم عرفوا مهنة الطب بأنه مهنة شريفة ولكن للطبقة التي تستحقها، ومن أشهر أطبائهم جالينيوس الذي أصبح كمرجع يعتمد عليه حتى عصر النهضة وكانت مستشفياتهم عبارة عن معابد، كما أن الرومان حاربوا السحر وأبعدوه عن الطب وحرموه بنصوص الألواح الاثنى عشر، وكان الطبيب يمارس الصيدلة في نفس الوقت، وتوصل الرومان إلى وصف الالتهاب بعلاماته الأربعة المعروفة حتى الآن وهي: الاحمرار Rougeur، والورم Tumeur، والحرارة Chaleur، والألم Douleur. ويبقى أشهر أطباء الرومان على الإطلاق جالينوس[3] (130 ـ 200 م)، الذي اشتهر كطبيب جراح وأستاذ لعلم التشريح Anatomie وألف العديد من الكتب في هذا الميدان منها:

(1) صلاح الدين أبوالرب، المرجع السابق الذكر، ص 55.

(2) عاش أبقراط في العصر الذهبي من عصور بلاد اليونان، عاش في جزيرة كوس حوالي 377 ق.م، كان يعتقد أن للمرض قواعد بدنية وأن لكل مرض أحد الأسباب المادية، وأنه إذا وجدنا سبب المرض تمكنا من علاجه... وأبقراط هو الذي وضع قسم الطبيب والذي لا يزال يحمل اسم قسم أبقراط والذي سنتعرض إليه فيما بعد.

(3) جالينوس طبيب يوناني، ولد سنة 130م، بدأ ممارسة الطب في القرن الثاني بعد الميلاد، سافر إلى أماكن عدة من بينها الإسكندرية التي مكث فيها 5 سنوات، جدد من علم أبقراط وشرح من كتبه ما كان قد درس، كتب حوالي 125 رسالة في المواضيع الطبية، وتوفي حوالي 200 بعد الميلاد بجزيرة صقلية.

الصناعة الصغيرة، والقوى الطبيعية، والعلل والأمراض، والحميات، والنبض الصغير وغيرها.

سابعاً: الطب والتمريض في بلاد فارس

قسم الطب في بلاد فارس إلى ثلاثة أقسام:

1. طب العزائم و الرقي.
2. طب المداواة بالنباتات.
3. الطب الجراحي.

وقد قسم الطب بصفة عامة إلى الطب النفسي والمادي، والعام والخاص، والعلاجي والوقائي، وقد اهتم الملوك بالطب فأقاموا مدارس منها مدرسة جند يسابور بناها سابور بن أردشير (سابور الأول) واسمها اليوم شاه أباد وتعرف عند العرب بالأهواز فتحها أبو موسى الأشعري سنة 638م في زمن الخليفة عمر بن الخطاب رضي الله عنه[1]، كما كانت للعرب علاقة وطيدة بالفرس حيث ترجمت عدة أعمال من الفارسية إلى العربية وغيرها.

ثامناً: الطب والتمريض في العالم العربي والإسلامي

كان الطب في العصر الجاهلي يعتمد على الكهانة والعرافة والزجر والتنجيم والسحر والتمائم والحجب، ومن مشاهير الأطباء في هذا العصر لقمان الحكيم، وزهير بن جناب الحميري، وابن حديم، والحارث بن كلدة وابنه النضر. أما في صدر الإسلام فقد بدأ الدين في علاج ما بداخل الإنسان، ثم

---

(1) صلاح الدين أبو الرب، المرجع السابق الذكر، ص 73.

انتقل تدريجياً لعلاج جسده ومجتمعه، بحيث تأسست مدرسة الإسلام في المسجد وبدأ نشر الآداب والسلوك الجيد ومنها الطهارة والصلاة، ودعا الدين إلى الهدوء النفسي ﴿أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ﴾.[1]

كما بدأ الدين في محاربة العادات السيئة مثل السحر والشعوذة والتنجيم، ودعا الدين الإسلامي المسلمين إلى الالتفات إلى ما حولهم من أمور تفيدهم ومنها الطب. انتشرت هذه الأفكار الجديدة تحت لواء الإسلام اعتماداً على أحاديث الرسول صلى الله عليه وسلم والتي كانت تحث المسلمين على الوقاية للحفاظ على الصحة، واعتبرتها تدريباً علمياً مستنبطاً من التعاليم الدينية الصحية الخاصة بكل جوانب حياة الفرد المسلم مثل الغذاء والنظافة والرياضة[2]، ومن ثم تعليم الأفراد الطرق الناجعة للحفاظ على الصحة. وقد سبق أطباء المسلمين الأوروبيين في وصف عدة أمراض منها الجدام، والجدري، والحصبة، وعلاج أمراض العيون، كما عالجوا « الجنون » علاج الأمراض الطبيعية، وقد كان يسمى عند الأوروبيين بالمرض الإلهي أو المرض الشيطاني لأنهم كانوا يحسبونه من إصابات الأرواح أو الشياطين. ولم يقتصر الأمر على الطب فقط، فكان المسلمون يهتمون كذلك بالتمريض بحيث قاموا بتضميد الجراح ورعاية

---

(1) سورة الرعد، الآية 28 .

(2) عبد اللطيف البدوي، الطب عند العرب، نقلاً عن دليلة عيطور، الضغط النفسي الاجتماعي لدى المرضى، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر: معهد علم النفس وعلوم التربية، فرع علم النفس العيادي، سنة 1998 ، ص 15 .

المصابين في الحروب وبتجبير الكسور ووقف النزيف وتقليل الآلام ومن أشهر المرضات في الإسلام رفيدة الأسلمية وأم عطية الأنصارية، وتعتبر العناية بالمريض في الإسلام واجباً أخلاقياً وظهور النسوة اللواتي تعلمن عن طريق الخبرات والتجارب من الأهل والأقارب لدليل على ظهور بوادر التمريض في تلك الفترة، وبروزه بقوة أثناء الفتوحات الإسلامية، وكانت النساء المرضات تسمى الآسيات.

الطب النبوي:

هناك عدة أحاديث لها علاقة وطيدة ومباشرة بطب الأجساد منها على سبيل الذكر لا الحصر:

- "إذا سمعتم بالطاعون بأرض فلا تدخلوها وإذا وقع بأرض وأنتم بها فلا تخرجوا منها"[1]. ويعتبر هذا الحديث كبداية لاستعمال الوقاية من انتشار الأمراض المعدية والوسيلة التي اتبعت فيما بعد والمتمثلة في الحجر الصحي، والذي بدأ الغرب في استعماله في القرن الرابع عشر ميلادي.
- "ما خلق الله داء إلا وجعل له شفاء علمه من علمه وجهله من جهله إلا السام والسام الموت"[2]. وفي هذا دعوة صريحة إلى التعلم والتداوي تحت أيدي من علم الطب. وكان الرسول صلى الله عليه وسلم يتعالج ويدعوا للعلاج على يدي أطباء حتى ولو كانوا غير مسلمين.

(1) رواه عامر بن سعيد بن أبي وقاص عن أبيه.

(2) رواه أبو سعيد .

- "إنما الحمى من فيح جهنم فأبردوها بالماء"[1]. وهو ما يسمى حالياً العلاج بالكمادات المبللة بالماء البارد أو بالماء المجمد، فهي تنزل الحمى وتقلل من سرعة الدورة الدموية وتوقف بذلك النزيف وتزيل حتى الألم الحاد.
- " إن لربك عليك حقاً ولنفسك عليك حقاً ولأهلك عليك حقاً فأعط لكل ذي حق حقه". والاعتدال في الأمور من صفات المسلمين. علماً بأن التعريف الحالي للصحة والمقدم من طرف منظمة الصحة العالمية هو: الصحة هي تلك الراحة الكاملة، الجسدية والنفسية والاجتماعية، وهي تقريباً نفس مضمون الحديث الشريف).
- "ما ملأ آدمي وعاء شراً من بطنه فإن كان لا محالة فاعلاً فثلث لطعامه، وثلث لشرابه، وثلث لنفسه". وهي من قوانين نظم التغذية الحالية.
- "عليكم بالشفاءين العسل والقرآن"[2]. فإذا كان القرآن علاجاً نفسياً فإن العلم الحديث مازال يبين الفوائد الكبيرة للعسل في العلاج ضد الكثير من الأمراض، وعلى هذا نجد أن العلاج النبوي كان على ثلاثة أنواع:
    1. أدوية نفسية.
    2. أدوية طبيعية.
    3. أدوية مركبة من الاثنين.

---

(1) رواه البخاري ومسلم، رضي الله عنهما.

(2) إبراهيم بن عبد الرحمن بن أبي بكر الأزرق، تسهيل المنافع في الطب والحكمة، الطبعة الأخيرة، القاهرة: تركة مكتبة ومطبعة مصطفى البابي الحلبي وأولاده، 1360هـ ـ1947م، ص 83.

أما فيما يخص حفظ الصحة أو الوقاية بالمفهوم الحديث، فيقول الله عز وجل في القرآن الكريم: ﴿وَكُلُوا وَاشْرَبُوا وَلَا تُسْرِفُوا﴾[1]. فأرشدهم بذلك إلى إدخال ما يقيم البدن من الطعام والشراب، وأن يكون بقدر ما ينتفع به البدن في الكمية والنوعية، فمتى جاوز ذلك كان إسرافاً، وكلاهما مانع للصحة جالب للمرض[2]. ويقول الرسول صلى الله عليه وسلم: "نعمتان مغبون فيهما كثير من الناس: الصحة والفراغ"، ويقول كذلك:"من أصبح معافى في جسده، آمنا في سربه، عنده قوت يومه، فكأنما حيزت له الدنيا"، كما يقول كذلك:" أول ما يسأل عنه العبد يوم القيامة من النعيم أن يقال: ألم نصح لك جسمك؟ ونرويك من الماء البارد" [3]. بالإضافة إلى عدة أحاديث شريفة حول حفظ الصحة والمتعلقة خاصة بالمأكل والمشرب والقواعد الصحية التي يجب اتباعها. كما تبقى الحجامة من بين طرق العلاج التي نصح بها الرسول صلى الله عليه وسلم، ومن الأحاديث في ذلك نذكر: " الشفاء في ثلاث : شربة عسل، وشرطة محجم، وكية نار، وأنا أنهي أمتي عن الكي"، وهناك حديث آخر: " خير ما تداويتم به الحجامة " أو " خير الدواء الحجامة". والحجامة عرفت قديماً كأحد الفروع الرئيسة للطب الشعبي القديم وانتشرت في أنحاء العالم وظلت تمارس حتى أوائل القرن 19م ، وبظهور مدارس الطب الحديثة

---

(1) سورة الأعراف، الآية31.

(2) الإمام محمد بن عبد الوهاب، مختصر زاد المعاد للإمام ابن قيم الجوزية، ط3، الجزائر: دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، 1989، ص 385.

(3) نفس المرجع، ص 386.

والتطور التكنولوجي واكتشاف الأمراض وأجهزة العلاج والتشخيص وصناعة الأدوية تراجعت مدارس الطب الشعبي، ولكن مع اكتشاف المضاعفات التي تسببها، خاصة الأدوية الكيميائية، بدأت عدة حملات تنادي بضرورة العودة للعلاج بالطب الشعبي وهو ما أصبح يسمى حالياً بالطب البديل.[1]

إنه من المعروف أن للعرب فضلاً كبيراً في إنقاذ الطب من الضياع كما يقول كمستون[2] Kemosthone، و يرى أنه لو لم يكن للعرب غير هذا الفضل لكفاهم خدمة وفخراً. ويقول الفيلسوف الفرنسي رينيه قينو R.Guénon الذي أسلم وسمي عبد الواحد يحيى[3] : (إن العرب هم مؤسسوا الكيمياء التجريبية، وكذلك الطبيعة العلمية والجبر والحساب وحساب المثلثات وعلم طبقات الأرض والاجتماع، وغير ذلك من مختلف العلوم وغالباً ما سطا عليها اللصوص ونسبوها إلى أنفسهم... هذا جزء من كل من أثر الثقافة الإسلامية العريقة في بلاد الغرب).[4]

ويقول كذلك أجريب فون نتزهيم A.F.Netzihem: (...لذلك كانت كتب ابن سينا والرازي وابن رشد في منزلة كتب أبقراط وجالينوس

---

(1) محمد نبيه، العلاج بالحجامة بين الطب والدين، القاهرة: مكتبة الصفا، 2004، ص 11.

(2) عبد الله عبد الرزاق مسعود السعيد، الطب ورائداته المسلمات، باتنة: دار الشهاب، 1988، ص10.

(3) ولد في 1886/11/15 بفرنسا، وتوفي في 1951/01/07 بالإسكندرية، ويعد من الفلاسفة المسلمين الصوفيين المعاصرين.

(4) محمد سلام مدكور، معالم الدولة الإسلامية، ط1، الكويت: مكتبة الفلاح، 1403هـ ـ1983م، ص 453.

فكل من يحاول أن يعالج دون الاعتماد عليها يتلف الصحة ويقضي عليها)[1]، فمن هما إذاً ابن سينا والرازي؟.

ابن سينا (AVICENNA) ، هو أبو علي الحسين بن سينا أحد كبار العلماء العرب ومن الأطباء النابغين، وأمير العلماء والشيخ الرئيس وأمير الأطباء، ولد عام 371هـ — 980 م بقرية أفشنة بالقرب من بخارى، أبوه فارسي، وأمه من أفشنة، درس القرآن والطب والفلسفة والطبيعيات، تأثر بفلسفة الفرابي[2] مارس الطب واشتهر به. وتوفي عام 428 هـ ـ 1036م في همدان، أشهر كتبه هي الكتب الطبية وعددها 43 كتاباً[3]، أهمها كتابه "القانون في الطب" من أشمل وأوسع الكتب التي بحثت المواضيع الطبية في العصور القديمة، وهو يبحث في وظائف الأعضاء، وعلم الأمراض، وحفظ الصحة، وفي وسائط المداواة والمعالجة، بالإضافة إلى وصف العلاج، و كيفية تركيبه. ومما لا شك فيه أن لآراء ابن سينا الطبية قيمة فعالة قدمت للإنسانية خدمات كبيرة.[4]

---

(1) زيغريد هونكه، شمس العرب تسطع على الغرب، (ترجمة الدكتور فؤاد حسنين علي) ،الجزائر: مكتبة رحاب، 1986، ص 131

(2) الفرابي (870 ـ 950م) هو أبو نصر محمد بن محمد المعروف بالفرابي، من مدينة فراب بتركيا، اهتم بالعلوم والآداب والفلسفة والدين، من أهم مؤلفاته :"المقدمات، والشروحات، والمختصرات، والردود على الفلاسفة، ومنها كذلك كتب الأخلاق والسياسة"، ويبقى كتابه " "أراء أهل المدينة الفاضلة" من بين أهمها.

(3) مصطفى غالب، ابن سينا، ط 3، بيروت: منشورات دار مكتبة الهلال، 1981، ص 60.

(4) المجلة الطبية العربية، مجلة تصدرها نقابة الأطباء في الجمهورية العربية السورية، العدد 51، 1976، ص 122.

وكان كتابه « القانون في الطب » ، الكتاب المعتمد في الطب في جامعات أوروبا قروناً عديدة، وهو أول من وصف التهاب السحايا ، وفرق بين أسباب شلل الوجه ووصف أعراض حصى المثانة ومن مؤلفاته: «الشفاء »، « وضع أرجوزة في الطب »، « وحفظ الصحة وأنواع العلاج »، وغيرها.. ترجم كتاب «القانون في الطب» لابن سينا في القرن الثاني عشر، وهو موسوعة جمعت خلاصة ما وصل إليه الطب عند العرب والإغريق والهنود والأقباط.

أما أبو بكر الرازي (أبو الطب العربي) فله اكتشافات عديدة في ميدان الطب في مختلف فروعه، وكان طبيباً ماهراً يراقب المرضى وعلامات المرض وأعراضه، ومن كتبه الموسوعة الطبية الضخمة كتاب «الحاوي» ترجم سنة 679هـ/ 1279م وهو أكبر من القانون لابن سينا وأوسع منه في المادة والموضوع. وقد أكمله تلاميذته بعه وفاته[1]، وله عدة كتب أخرى. ولد في مدينة الري بفارس جنوبي طهران عام 250هـ/ 865 م، ومات عام320هـ / 932 م، اشتهر بعلوم الطب والكيمياء، ويعتبره المؤرخون من أعظم أطباء القرون الوسطى، ظهر في أيام الخليفة العباسي عضد الدولة وكان مجلسه من الحكماء فاستشاره عندما أقدم على بناء مستشفى أو مصحة (العضدي) في بغداد لاختيار الموقع الملائم الذي يجب أن تبنى فيه المصحة التي أطلق عليها اسم البيمارستان(دار المرضى أو المستشفى). اهتدى الرازي ابتغاء موقع المصحة طريقة مبتكرة هي محل

---

(1) إبراهيم سلمان الكروي،وعبد التواب شرف الدين،المرجع في الحضارة العربية الإسلامية، الكويت، منشورات ذات السلاسل، 1984، ص 295.

إعجاب وتقدير الأطباء حتى يومنا هذا، وتتلخص تلك الطريقة في أنه عمد إلى وضع بعض قطع من اللحم في أنحاء مختلفة من بغداد وراح يلاحظ سرعة سير التعفن وبطبيعة الحال كانت أنسب الأماكن من نقاء الجو واعتداله هي أقلها فاعلية في سير التعفن، وعلى هذا النحو تحقق من المكان الصحي المناسب لبناء المصحة. ولقد اشتهرت مؤلفاته بعلوم الطب، إذ تقدم هذا العلم على يده كما أنه تحدث عن طرق العلاج و ضمن كتبه ما تم نقله من علوم الإغريق والهند وعلق عليها بآرائه وبحوثه المبتكرة وملاحظاته التي تدل على النبوغ العلمي. من مؤلفاته: الطب الروحاني، وسر الأسرار، والحاوي، والأسرار في الكيمياء، وكتاب نفيس في الحصبة والجدري، وكتاب من لا يحضره الطبيب ويعرف باسم طب الفقراء، وقد شرح فيه معالجة المرضى في غياب الطبيب والأدوية الموجودة والشائعة في كل مكان.[1]

كانت كتب ابن سينا والرازي هي الكتب المعول عليها في كليات الطب في أوروبا إلى القرن السابع عشر، وجاء المد إلى أوروبا من الأندلس الإسلامية فأمدها بمرجعها الأكبر في الجراحة وتجبير العظام وهو كتاب «التعريف لمن عجز عن التصريف» لأبي القاسم الزهراوي وقد ترجم إلى اللاتينية وطبع بها في القرن الخامس عشر[2]. والجراح أبو القاسم الزهراوي الأندلسي(326هـ - 404 هـ / 936 -1013م) المولود بمدينة الزهراء بالقرب من قرطبة بالأندلس الذي يكنى بالأنصاري، فتقول عنه الدكتورة زيغريد

(1) كتاب المعرفة، شخصيات عربية، جنيف: شركة ترادكسيم، 1986، ص 7 .

(2) إبراهيم سلمان الكروي ، وعبد التواب شرف الدين، المرجع السابق الذكر، ص 295.

هونكه في كتابها « شمس العرب تسطع على الغرب»: (... الجراح الأندلسي الكبير قد أدخل تجديدات ليس على علم الجراحة، فحسب بل أيضاً في مداواة الجروح وفي تفتيت الحصاة داخل المثانة وفي التشريح وإجراء العمليات واهتم أيضاً بالطب العام...)[1] ، بالإضافة إلى أنه من رواد التجميل وله عدة مؤلفات من أهمها «التصديق لمن عجز عن التأليف» الذي ترجم إلى عدة لغات.

وقد كان الأطباء العرب يحثون طلبة الطب إلى الذهاب للمستشفيات ليتداولوا أمور المرضى و يهتموا بملاحظاتهم عن كثب، ولقد نبغ العرب في شتى فروع الطب كالجراحة مثل الزهراوي، وابن زهر الأشبيلي(481هـ ـ 1091م / 516 هـ ـ 1126م) الذي وصف وجرب بنفسه عملية شق الحنجرة واستخراج الحصى من الكلى، وله عدة مؤلفات منها التسيير في المداواة والتدبير، والاقتصاد في إصلاح الأنفس، والأغذية والأدوية، ورسالة في تفضيل العسل على السكر. وأهم ما برع فيه الوصف الإكلينيكي، وترك وراءه تحليلات صادقة للأورام ، والتهاب التامور، ودون الأمعاء والشلل البلعومي[2]. ونبغ العرب كذلك في الأمراض الباطنية والنسوية والتوليد وفي طب وجراحة الفم والأسنان. ودراسة العقاقير (أي الصيدلة) الذي كان رائدها داود الأنطاكي المعروف بتذكرة داود ، هذه التذكرة التي لا تزال تدرس في كثير من كليات الطب والصيدلة إلى يومنا هذا ، و من مؤلفاته: تذكرة داود

---

(1) زيغريد هونكه، المرجع السابق الذكر، ص 203.

(2) شوقي أبو خليل، الحضارة العربية الإسلامية وموجز عن الحضارات السابقة، ط1، بيروت: دار الفكر المعاصر والفكر، 1415هـ ـ 1994م، ص511 ـ 512.

و هو يضم نحو 700 صحيفة من القطع الكبير بعنوان « تذكرة إلى أولي الألباب، والجامع للعجب والعجاب »[1] ، وجابر بن حيان (توفي 200هـ/ 815م) ، الذي يرجع له الأثر الكبير في علم الكيمياء، كما يعود له الفضل الكبير في إرساء علم الصيدلة. كما نبغ العرب في طب العيون حيث نجد أن حنين بن إسحاق العبادي (194هـ ـ 265هـ) (809م ـ 873م) الذي لخص كل التراث الطبي العيني في عشر محاضرات دونها طلابه في الكتاب الشهير (العشر مقالات في العين)، ويوحنا بن ماسويه (777م ـ 857م) وكتابه (دغل العين)، ومعرفة (محنة الكحالين)، بالإضافة إلى الرازي حيث خص مجلداً لطب العيون، وعلي بن عيسى ذلك الكحال البغدادي الشهير وكتابه «تذكرة الكحالين»، وعمار بن علي الموصلي حيث ألف كتاباً قيماً في طب العيون يعتبر من بين أحسن ما ألف العرب في الطب وله كذلك كتاب في علاج العين[2]. إضافة كذلك إلى إسهامات ابن النفيس (607 هـ ـ687هـ/1210م ـ 1288م) الذي له عدة مؤلفات منها كتاب في طب العيون وشرح كليات القانون، والمختار في الأغذية وشرح لكتاب الأوبئة لأبقراط وشرح تشريح جالينوس، وشرح مسائل حنين بن إسحاق، والطبيب الفيلسوف ابن رشد (520 هـ ـ 595 هـ/ 1126م ـ1198م) الذي ولد بقرطبة إحدى عواصم الفكر الأندلسي. وابن رشد هو أول من أشار إلى الدورة الدموية وله عدة

---

(1) كتاب المعرفة، المرجع السابق الذكر، ص 19.

(2) الكحال، مجلة عربية لأطباء العيون، سوريا : إصدار خاص، المجلد الثالث، العدد الثالث، 1985، ص 19.

كتب منها الكليات والحيوان ومقالة في الترياق والحميات والمزاج[1]، ومؤلفات أخرى في المنطق والنفس والعقل والزمان والحركة والحكمة والجدل الفلسفي والفقه والكلام[2] وغيرها، إضافة إلى ابن ميمون، وابن البيطار، وابن جلجل، وعريب بن سعيد، وسعيد بن عبد ربه، وعبد الرحمن بن وافد، وغيرهم. ولم يقتصر النبوغ في حقل الطب على الرجال بل كان للنساء دور كبير، فقد نبغ عدد ليس بالقليل كأم عطية الأنصارية التي كانت مشهورة كطبيبة في الجاهلية ولكنها دخلت الإسلام فغزت مع رسول الله صلى الله عليه وسلم لتداوي الجرحى ونالت شهرة عظيمة في الجاهلية والإسلام بالجراحة[3]. وقامت هذه المرأة المسلمة بتحديد تدخلات أو وظيفة الممرضات آنذاك في ثلاثة مجالات رئيسة وهي:

1. تحضير الغذاء وتقوم بذلك في أماكن القتال وتقديمه للمرضى.
2. علاج الجرحى والمرضى: حيث تقوم بتلبية حاجيات المرضى من علاج وتضميد الجروح وجبر الكسور وتقديم الأدوية، وذلك حسب طبيعة الإصابة والمرض.
3. مساعدة المرضى: وتتمثل هذه المساعدة في نقطتين: الأولى مساعدة الطبيب الجراح للقيام بعمله، والثانية مساعدة المريض على مقاومة آلامه.[4]

---

(1) صلاح الدين أبو الرب، المرجع السابق الذكر، ص 142 .

(2) يوحنا قمير، فلاسفة العرب: ابن رشد، ط3، بيروت: دار المشرق، 1997، ص 16 ـ 20 .

(3) عبد الله مسعود السعيد، المرجع السابق الذكر، ص 13.

(4) نفس المرجع ، ص 13.

وهنــاك نــساء مــسلمات امــتهن مهنــة التمــريض في عهــد الحــروب والفتوحـات الإسـلامية، نـذكر مـن بيـنهن: أم سـليم، وأمينـة بنـت قـيس الغـافري، والـتي لم يتجـاوز عمرهـا الـسابعة عـشرة، وربيعـة بنـت موعـاد، ونسيبة بنت كعب، وكويعبة. وكانت مهنتهن الرئيسة هي الاهتمام بعـلاج المرضـى وجرحـى الحـرب ونقلـهم إلى مستـشفى المدينـة إذا اقتـضى الأمـر ذلك.[1] والشفاء بنت عبد الله الـتي اشـتهرت بالطـب ومعالجتهـا لمـرض جلـدي من نوع Eczema، ورفيدة التي اشتهرت بالجراحة واختارها الرسول صلى الله عليـه وسـلم لعـلاج سـعد بـن معـاد عنـدما أصـيب برميـة في معركـة الخنـدق[2]، وأخـت الحفيـد بـن زهـر وأختاهـا اللتـان نبغتـا في طـب أمـراض النـساء. كمـا أن نـساء العـرب مارسـن كـذلك فـن التمـريض في مختلـف العصور، فكانت تقوم ببعض العمليات الجراحية مثل ختـان الأطفـال كمـا روي عن الصحابية الجليلة أم عطية الأنصارية التي ظلت تمارس هذه العملية بعلم من الرسول صلى الله عليه وسلم وأنـه قـدم لهـا النـصح في هـذا الميـدان. وتلكم الصحابية الجليلة المسلمة التي قامت على تمـريض جرحـى المسلمين في خيمة نصبت لها في مسجد النبي صلى الله عليـه وسـلم في المدينـة المنـورة أثناء غزوة الخندق فكانت تلك الخيمة أول مستشفى ميداني عسكري في الإسـلام، ورفيـدة الأسـلمية الـتي كانـت المشرفة عليـه فـاعتبرت بـذلك أول ممرضة في الميدان وقد قامت على تمريض سيد الأوس سـعد بـن معـاد كمـا رأينا سابقاً، والإشراف عليه في ذلك المستشفى عندما قال رسـول الله صـلى

---

(1) دليلة عيطور، المرجع السابق الذكر، ص 18.

(2) معركة الخندق وقعت في شوال السنة الخامسة للهجري.

الله عليه وسلم: "اجعلوه في خيمة رفيدة حتى أعوده من قريب". وهناك من النساء اللائي نبغن في طب العيون (الكحالة) مثل زينب من بني أود وأخريات في العلوم الطبية بصفة عامة مثل أم الحسن بنت القاضي أحمد الطنجالي.[1]

نشأة مهنة التمريض ومراحل تطورها:

عرفت مهنة التمريض، شأنها في ذلك شأن مهنة الطب، العديد من المراحل منذ نشأتها إلى يومنا هذا، بالرغم من قلة الوثائق التي تتكلم عن تاريخ هذه المهنة مقارنة بالطب، لذا ارتأيت وضع هذه المراحل التي يبدو أن مهنة التمريض تطورت مع التاريخ مثل بقية العلوم الأخرى. ومن ثم التطرق إلى تعريف التمريض وذلك على النحو الآتي:

أولاً: مراحل تطور مهنة التمريض

التمريض البدائي: كانت المرأة الكبيرة تقوم بتدريب بناتها وجيرانها وقريباتها على رعاية الأفراد كجزء من العلاقات بين سكان المنطقة الواحدة التي سميت في حينها بالجارة الوفية، والتي كانت تعلم وتتعلم متبعة أسلوب المحاولة والخطأ.

التمريض الديني: أكدت الديانة المسيحية على حب الناس وتقديم المساعدة والشفقة والرحمة والمودة والمحبة، وتعد هذه أولى المبادئ لمهنة التمريض، وهو ما ساعد النسوة المسيحيات على تبني المهنة، خصوصاً غير المتزوجات، وقد سماهم القديس بول بأختنا، وخادمة الكنيسة.

---

(1) دليلة عيطور، المرجع السابق الذكر، ص 26 .

التمـريض الخـدمي: بـدأ في أوروبـا وخاصـة في فرنـسا وإنكلـترا ، خـلال القـرون الوسـطى، يقـوم التعليم علـى يـد الراهبـات والأطبـاء، وظهـر بعـض التخـصص في التمـريض، لكـن مهنـة التمـريض هـذه تـدهورت بـين القرنين 17 و19م نتيجة الثـورة الـصناعية وهجـرة الـسكان مـن الأريـاف إلى المدن وتوظيـف ممرضـات غير مـؤهلات وغـير متعلمـات ممـا جعـل الخـدمات سيئة ورديئة.

التمريض الفني: ارتبط بأم التمريض حسب الغرب فلورانس نانيكيل في منتـصف القـرن 19م، حيـث تعلقـت بـالتمريض رغـم تحـصيلها العلمـي العـالي في عـدة علـوم، وأنـشأت أول مدرسـة للتمـريض عـام 1860 بلنـدن، وبعـدها بـدأ ينتشر في بقيـة أنحـاء العـالم. وأكـدت فلـورانس أن التمـريض مهنـة ينبغـي علـى كـل شـخص أن يعرفهـا ويقـوم بهـا، وحثـت علـى قبـول خريجي الثانوية العامة وممن لديهم الرغبة فيه[1].

التمـريض الجـامعي: بـدأ في أمريكـا 1909 ، مـن خـلال وضـع جامعـة مينـسوتا الأمريكيـة منهاجـاً تمـنح بموجبـه شـهادة البكـالوريوس لخمـس سـنوات دراسـية، و هـذا راجـع للتطـور العلمـي والتكنولـوجي الـذي عرفـه العـالم، بحيث أصبح الممـرض في وقتنـا الحـاضـر مشاركـاً فعـالاً في العمليـة العلاجية والفريق العلاجي، لذا تطلب الأمر حصوله على تعليم جامعي عالٍ.

(1) سعيد علي العنزي، المرجع السابق الذكر، ص 25.

ثانياً: تعريف التمريض

هي الوظيفة التي لها أسس علمية وثقافية تقترن بوجود معايير خاصة بشاغليها ، وهي من المهن التي تفرض على شاغليها وممارسيها قدراً كبيراً من التضحية والشجاعة والاستقرار النفسي وخصائص إنسانية أخرى تتمثل في الصبر والتحمل والعطف سعياً للحصول على صفة ملائكة الرحمة للمريض وخير من يواسيه ويخفف آلامه.

لكن هناك الكثير من الظروف جعلت الممرض يمر بمرحلة عويصة وهو يباشر مهنته، وربما التاريخ هو الذي لم يرحم هذا الممرض واحتفظ له (بالمكانة) التي هو عليها اليوم.

ومن بين العوائق التي تقف أمام الممرض:

- التدرج الوظيفي محدود جداً وغير محفز.
- النظرة لمهنة التمريض نظرة استعلائية.
- ازدواجية تبعية التمريض بين الإداري والطبي.
- صراع الدور وهو ما نسميه بصراع السلطة في المستشفى أو إشكالية السلطة في المستشفى.

نلاحظ إذن أن مهنة التمريض لم تبرز بكثرة في الكتب التاريخية للطب العربي مع أنها كانت مزدهرة في تلك المرحلة، لكن لم تتبع تطوراته وطريقة تلقينه من طرف المؤرخين بالموازنة مع تاريخ الطب في البلدان الإسلامية، وللعلم فإن مهنتي الطب والتمريض متلازمتان ولا يمكن استغناء إحداهما عن الأخرى، فإن كان الأمر كذلك فكيف كانت

نظرة العرب والمسلمين بصفة عامة إلى فكرتي الطب والتطبيب؟ وما هي الهياكل التي استعملوها لدراسة وممارسة هذه المهنة النبيلة التي قال فيها الإمام الشافعي (150 ـ 204هـ/767 ـ 820م): (لا أعلم علما بعد الحلال والحرام أنبل من الطب)؟ وكيف تطورت؟

إن الفكرة السائدة في الطب هي أن الجسم والروح ملك للخالق، ولكل منهما حقه وواجبه على الإنسان ومن حقوقهما الحفاظ عليهما بالعناية والعلاج المرتبط بكل نشاطات التطهير والنظافة البدنية والنفسية والمحيطية خاصة وأن من مقاصد الشريعة الإسلامية الحفاظ على الروح والعقل.

إن مهنة الطب والعلاج أو التمريض بدأت كمهنة واحدة أو كموضوع واحد، فالمعالج يكشف ويشخص ويبحث عن الدواء و يركبه ويصفه للمريض، وبقيت هذه المهنة كذلك زمناً طويلاً جداً، حتى ازدادت المعارف والمعلومات واحتاج المعالج إلى من يساعده في عمله فظهر من يهتم فقط في تركيب الدواء والبحث عن الأعشاب ومعرفة أفعالها في جسم الإنسان، فبدأت بذلك تنفصل مهنة الصيدلة عن الطب، وحتى في المعالجة نفسها، حيث بدأ التخصص في ناحية من نواحي العلاج حتى وصلت إلى ما نحن عليه الآن، وإذا أردنا أن نحدد متى و كيف بدأت مهنة الطب يصعب علينا الأمر لعدم اتضاح الصورة السابقة، ولكن ابن أبي أصيبعة [1] في

(1) هو موفق الدين أبو العباس أحمد بن القاسم بن خليفة بن يونس الخزرجي المعروف بابن أبي أصيبعة (587هـ ـ 1202م / 655هـ ـ1270م)، طبيب ومؤرخ الطب العربي، ألف كتابه (عيون الأنباء في طبقات الأطباء) سنة 643هـ بمدينة دمشق.

كتابه(عيون الأنباء في طبقات الأطباء) قد حاول أن يحددها على أربعة وجوه وهي:[1]

1. إن الله قد خص أنبياءه ببعض أسرار هذه المهنة ولعل ما يساند هذا الرأي ظهور المعجزات لعلاج الأمراض على يد الأنبياء، وقد رأينا هذا من خلال تقسيم الطب النبوي (الأدوية الإلهية).
2. إن المصادفة كانت السبيل لمعرفة تأثير العلاج.
3. المشاهدة والملاحظة المستمرة ومراقبة الكائنات الحية والحيوانات الداجنة.
4. التجريب في تأثير العلاج.[2]

يعتبر الطب من الحكمة، لذلك أطلق المسلمون على الطبيب اسم الحكيم[3]، واشتغل الناس بالطب في ظل الدولة الإسلامية من مسلمين وغير مسلمين، في الوقت الذي كانت فيه الكنيسة الغربية تحرم صناعة الطب لأن المرض في زعمها عقاب من عند الله لا ينبغي للإنسان أن يصرفه

---

(1) ابن أبي أصيبعة، عيون الأنباء في طبقات الأطباء، (ترجمة نورالدين عبد القادر، و الحكيم هنري جاهيه)، الجزائر: مكتبة فراريس، 1958، ص 41.

(2) صلاح الدين أبوالرب، المرجع السابق الذكر، ص 15.

(3) يطلق لفظ الحكيم في الاستعمال والكتابات العربية على صنفين من العلماء أو المتخصصين، وهم الفلاسفة والأطباء، و توحي هذه التسمية (بعبقرية) الفيلسوف والطبيب وعلو شأنهما بالنسبة للمتخصصين في باقي فروع المعرفة الأخرى، فالفيلسوف يحلق بعقله للبحث عن الحقيقة عما وراء الطبيعة، ولا يقتصر على استعمال حواسه كباقي الباحثين، والطبيب يعلم أسرار مقاومة ألد وأخطر أعداء الإنسان وهو الموت، ويسعى لإبعاده عنه قدر الإمكان وإلى تخليصه من مقدماته وهي الأمراض والآلام...، ويمكن تفسير ذلك بأن الحكمة هي الفلسفة والطب قديماً، قبل أن يكون طبيباً.

عمن استحقه، وظل الطب محجوراً عليه في العالم المسيحي بهذه الحجة، إلى ما بعد انقضاء العهد المسمى (عهد الإيمان) عند مستهل القرن الثاني عشر الميلادي[1]. وقد كثر المشتغلون بالطب في العالم الإسلامي، فقد قدر في بغداد في عهد الخليفة العباسي المقتدر بالله (295هـ - 320هـ) نحو 900 طبيب، وهم غير الأساتذة الذين تجاوزوا مرحلة الامتحان، وهذه عناية بالطب والصحة لم تشهدها قط حاضرة من حواضر التاريخ القديم[2].

تطور الخدمة الصحية من خلال مؤسسة المستشفى:

أما من حيث الهياكل، فلم يتوقف علماء العرب في إنشائهم للمدارس الطبية على استنباط التعاليم من الأحاديث فحسب، بل ذهبوا إلى أبعد من ذلك إذ اشتقوا من مؤلفات أبقراط Hypocrate القواعد والقوانين الأخلاقية التي وضعها خدمة لهذا العلم فدعموها بالمبادئ الإنسانية التي نادى بها الإسلام حتى تتماشى هذه المهنة النبيلة وفقها.

وأول من بنى بيمارستاناً (مستشفى) كاملاً في الإسلام هو الوليد بن عبد الملك بن مروان (توفي سنة 88هـ - 706م)، وهو خاص بالمجذومين. وفي سنة 151 هـ ـــ 765 م أسس العباسيون في بغداد أول قسم مخصص للأمراض العقلية، وانتشرت هذه المؤسسات في الشرق والغرب وكان أشهرها مستشفى القلعون بمصر، وقد دفع ذلك الإخوة سان جان دو ديو Saint John de dieu في أوائل القرن الخامس عشر لبناء أول مأوى

---

(1) إبراهيم سلمان الكروي، عبد التواب شرف الدين، المرجع السابق الذكر، ص294.

(2) نفس المرجع ، ص 294.

أوروبي للأمراض النفسية بفلنسيا على شاكلة البيمارستان الذي بني بالقاهرة سنة 705 هـ ـ1304 م، ثم انتقل الإخوة سان جان إلى فرنسا وشيدوا مأوى شارنتون Charintone[1]. هذا من حيث المؤسسات الخاصة بالأمراض النفسية أو العقلية، بينما يعتبر المؤرخون الخيمة التي أمر بها الرسول صلى الله عليه وسلم، وتم نصبها في غزوة الخندق هي نواة البيمارستانات في الإسلام، فقد كانت رفيدة الأسلمية تداوي جرحى المسلمين فيها ، وبتوسع رقعة البلاد الإسلامية توسعت المنشآت الاستشفائية في المدن الكبرى مثل مستشفى هارون الرشيد العباسي، وبيمرستان البرامكة في بغداد تولاه ابن دهني، وبيمارستان علي بن عيسى الوزير عام 914 م، وبيمارستان المقتدري بناه الخليفة المقتدر عام 914 م[2]، وبيمارستان عضد الدولة (983 ـ949 م) عام 981 م ببغداد، ومستشفى نوري بدمشق (1154م) ومستشفى المنصورة بالقاهرة (عام 1284 م)، وقام هؤلاء الأطباء الساهرون على هذه البيمارستانات بوضع نظام داخلي يتصف بتقنيات حديثة العهد، للعناية المرضية وكانت ركيزتها الإشراف والسهر على توفير كل ما يستلزم لترقية حالة وصحة المريض[3]، بحيث كان كل مريض له الحق في العلاج مهما كانت مكانته الاجتماعية، حيث يتلقى العلاج بالمجان وبعد خروجه من المستشفى تعطى له ثياب ونقود للتكفل

(1) سليم عمار، الطب النفسي عند العرب بين الأمس واليوم، (المجلة الطبية لاتحاد أطباء العرب)، دمشق: العدد الأول، جانفي 1984، ص 6 .

(2) إبراهيم سلمان الكروي، عبد التواب شرف الدين، المرجع السابق الذكر، ص 298.

(3) أبو الفتوح التونسي، من أعلام الطب العربي، نقلاً عن دليلة عيطور، المرجع السابق الذكر، ص16.

بنفسه حتى يشفى تماماً دون اللجوء إلى البحث عن العمل، والذي يموت بالبيمارستان يجهز ويدفن على حساب هذه الأخيرة، التي تأتي بنفقاتها عن طريق الأوقاف. كما أن هذه البيمارستانات قسمت إلى قسمين: قسم للنساء، والآخر للرجال، وكل قسم يشمل على قاعات وغرف خاصة بمختلف الأمراض تحت إشراف وتسيير أكبر وأشهر الأطباء، حيث يشرف على التعليم، ونستطيع أن نسميه بالمدير الفني في الوقت الحالي، كما أنه كان هناك ناظر يشرف على إدارة أموال الوقف الخاص بالبيمارستان، ويعد بمثابة المدير الإداري في الوقت الحالي. وهذه البيمارستانات تستخدم طبقة من الغلمان يعملون كمساعدين صحيين أو موظفين يتولون مهام التغذية والنظافة لراحة المرضى وتوفير أقصى درجات الرعاية لهم (ممرضين بالمفهوم الحالي)، ويتم التفتيش على البيمارستان بواسطة صاحب الحسبة الذي يحق له التدخل للوقوف على حالة المرضى وحالة البيمارستان.

وقد تم تصنيف المستشفيات حسب تخصصها وأماكن إقامتها، فمنها العامة والخاصة، والثابتة والمتنقلة:

المستشفيات العامة: ويعالج فيها كل أنواع الأمراض، وهي شبيهة بالمستشفيات العامة الحالية أي القطاعات الصحية الموجودة عبر مختلف المناطق.

المستشفيات الخاصة: ويعالج فيها الأمراض الخاصة والمعدية، مثل الجذام الذي يستدعي عزل المريض بغرض تجنب العدوى، ويقابلها اليوم المؤسسات الاستشفائية المتخصصة، والتي لا تزال تعالج نوعاً من المرض

فقط، مثل: الأمراض العقلية، والأمراض المعدية، وأمراض السرطان ...إلخ.

مستشفيات السجون: تعتني بصحة المساجين حيث يقوم الأطباء بزيارتهم لفحصهم ومعالجتهم وإسعافهم عند الضرورة.

مستشفيات الجيوش: وهي مستشفيات خاصة بالجيش فقط يشرف عليها جراح بمساعدة الممرضات ويقابلها في الوقت الحالي مستشفيات خاصة بالجيش تقوم بالعلاج، والمحافظة على صحة الجيوش سواء، كان ذلك في الحرب، أم السلم.

مستشفيات متنقلة: هي عبارة عن مجموعة فرق طبية تنتقل من مكان لآخر خاصة في النواحي والقرى لتأدية وظيفتها الإنسانية المتمثلة في إسعاف مرضى هذه المناطق النائية.

أما من حيث المؤسسات التعليمية والمعاهد الطبية عند العرب والمسلمين فكانت هناك مدرسة جند يسابور الطبية في الأهواز، التي أنشأها في البداية كسرى في منتصف القرن السادس الميلادي، وتخرج منها بعض أطباء المسلمين كالحارث بن كلدة الذي عاش في عصر الرسول صلى الله عليه وسلم، وكان يشير على أصحابه بالتداوي عنده ومراجعته حين تنتابهم الأمراض، كما اهتم الخلفاء بالأطباء فيما بعد، واشتهر منهم جرجيس بن يختشوع وابنه، وأبو العباس أحمد بن محمد، وعلي بن الطبيري الذي توفي في 240هـ ـ 854 م، ويوحنا بن ماسويه، وأبوعلي بن زرعة، وغيرهم[1]. كما اشتهر العديد من الأطباء العرب

(1) إبراهيم سلمان الكروي و عبد التواب شرف الدين، المرجع السابق الذكر، ص 298.

النفسانيين ونخص بالذكر منهم في المشرق العربي: الفارابي، وإخوان الصفا، وعلي بن سهل الطبري، وابن سينا، والإمام الغزالي (450هـ - 505هـ /1059م - 1111م) الذي ولد بطوس، إحدى مدن خرسان، ويعتبر بحق مؤسس علم النفس الإسلامي، لأنه فرق بين الروح والنفس وحلل القوى النفسية النباتية والحيوانية والإنسانية بكل دقة، وفي كتابه «الأحياء» مباحث قيمة عن الخوف والحقد والرجاء والحسد والكبر والغضب والعدوان، ومن مؤلفاته: « مقاصد الفلاسفة »، و« تهافت الفلاسفة»، و« المستظهري »، و« الاقتصاد في الاعتقاد »، و« المقصد الأسنى في شرح أسماء الله الحسنى »، و« جواهر القرآن »، و«القسطاس المستقيم »، و« المنقذ من الضلال »، و« إحياء علوم الدين »، ويشتمل على أربعة أرباع هي ربع العبادات، وربع العادات، وربع المهلكات، وربع المنجيات، ويشتمل كل ربع على 10 كتب[1]. كما كتب ابن جزلة عن الموسيقى وتأثيرها على الأذهان، وبحث عبد اللطيف البغدادي عن المقالات النفسية، واشتهر بالمغرب العربي ابن زهر، وابن رشد، وابن حزم (384 ـ 456هـ / 994 ـ 1046م)، وابن خلدون (732 ـ 808هـ / 1332 ـ 1406م)، وغيرهم كثيرون.[2]

وما يمكن ذكره في هذا السياق هو أن مهنتي الطب والتمريض لا تزالان تسيران وفق التطور العلمي والطبي باستمرار وبشكل ملحوظ، حيث تطورت المهنة في حد ذاتها مما جعلها تطور هياكلها ووسائل عملها إلى أن وصلت إلى ما هي عليه الآن وهي في تطور مستمر وسريع في آن واحد.

(1) يوحنا قمير، فلاسفة العرب: الغزالي، ط3، بيروت: دار المشرق، 1999، ص 12 ـ 14.

(2) سليم عمار، الطب النفسي عند العرب بين الأمس و اليوم، المرجع السابق الذكر، ص 6.

كما رأينا سابقاً فإن المستشفى بالبلدان العربية الإسلامية ظهر وتطور في بداية القرن الثاني الهجري الموافق للقرن السابع الميلادي، بحيث قامت في أول الأمر بتنظيم المساعدة الاجتماعية التي تقوم على تقديم العلاج والإعانات من الزكاة وأموال الأوقاف والحبوس، حيث في كل مدينة كان هناك مركز اجتماعي، علاوة على المسجد والمستشفى والمدرسة والمكتبة والمطاعم العمومية والحمامات وغيرها من المرافق العامة[1]، والسؤال المطروح هو: هل كان الأمر كذلك في البلدان الغربية؟

تاريخ الطب والتمريض في البلدان الغربية اتخذ نفس الاتجاه الذي تميز به العالم العربي والإسلامي، مع اختلاف حول التصور للإنسان الخليفة في الأرض.

ففي النظام الديني وبعد انتشار الديانة المسيحية في القرن السادس والسابع الميلادي(الإمبراطورية الرومانية أعلنت في القرن الرابع الميلادي بأن المسيحية هي الدين الرسمي للإمبراطورية)، قامت الكنيسة ببناء الدير الذي كان عبارة عن ملاجئ للكفالة بالمساكين والمحتاجين والمرضى المصابين بالأمراض الناتجة عن سوء التغذية في القرى والمدن، وكانت ترتكز فلسفة الكنيسة آنذاك على القيم المسيحية مثل الصدقة، والأعمال الخيرية، وحب الآخرين، ولم يكن هدفها الوصول لمكافحة الأمراض المنتشرة عن طريق الوقاية والعلاج بقدر ما كان التحكم في تفكير الناس وإعلامهم بأن الشفاء معجزة من عند الإله.

---

(1) Encyclopaedia Universalis, vol 8, Paris: GRECO INTERET, 1970, p. 551.

وعلى هذا الأساس الفلسفي العقائدي المسيحي، قامت الكنيسة بالمساعدة العمومية (Assistance Publique) في كل مجالات الحياة مثل: التعليم، والثقافة، والعلوم، والعدالة، وتسيير الشؤون العائلية للأفراد، والدفاع عن الأبرياء، والأرامل، واليتامى، وهذه الخدمة موجهة بالدرجة الأولى للطبقة الشعبية البسيطة، أما مجال التمريض فكانت الكنيسة تعتقد بأن الإصابة بالمرض هي نتيجة ذنب أو خطأ ارتكبه المريض في حق الناس والكنيسة والإله، ولمكافحة هذا المرض قامت بوضع مجموعة من الأسرار[1](Sacrament) لتطهير جسم وروح المريض من الخطيئة.

تبين لنا مما سبق ذكره أن الطب الديني انطلق من فكرة جدلية تتلخص فيما يلي:

إن صحة الجسم متعلقة بصحة العقل، والعكس صحيح، وبهذا الدافع قام رجال الدين ببناء مستشفيات رئيسة (Hotel Dieu) تقوم بخدمة المساكين والمرضى المحتاجين. ولأداء هذه الوظيفة الدينية الإنسانية التجأت الكنيسة لطلب مساعدة المرأة للكفالة بالمريض رغم نظرة الكنيسة السلبية لها، ولذا فرض على المرأة الممرضة الالتزام في عملها بالقيم الدينية المسطرة من طرف الكنيسة مثل الطهارة والتواضع بغض النظر عن التكوين والتعليم والمستوى الثقافي التي لم تكن كلها ضرورية كلها

---

(1) وهي الأسرار السبعة: التعميد أو التنصير، والتأييد أو سر الميرون، وحق القربان، والقداس، والتكفير والتوبة، وطهر المرض و الموت (أي أثناء سكرات الموت)، وسر الكهنوت، والزواج، علماً أن الكلمة مأخوذة من اللاتينية Sycramentum وتعني الطهر والسر ...إلخ. راجع في ذلك: .petit Larousse ; op. cit, p .823

للقيام بهذه العملية. وبهذا اعتبرت الكنيسة أن مهنة التمريض قائمة على أساس ديني أخلاقي، لا على أساس علمي تكويني، وقد استمرت سيطرة الكنيسة في مجال الطب والتمريض حتى القرن التاسع الميلادي، إذ بدأت تظهر وتنتشر العلمانية[1] La laicité بدليل أنه في سنة 1268م عقد مؤتمر تور Concil de tour بفرنسا حيث امتنع رجال الدين بالقيام بالتشريح مما أدى إلى تكوين أول مجموعة مهنية للمشرحين في باريس، والتي كانت أهدافها الرئيسة مقاومة السلطة الدينية في مجال الطب.[2]

أما مرحلة العلمانية فكانت تنظر إلى أن مهمة المجتمع مركزة على التحكم في الأوبئة وسوء التغذية والفقر التي كانت منتشرة آنذاك، إذ أصبح من الصعب التميز بين حالتي المرض والفقر. وكان الأطباء في نهاية عصر الانحطاط ينافسون سلطة الكنيسة، وذلك بتوجيه جهودهم واهتمامهم لمرضاهم كما كانوا في نفس الوقت يرفضون ويحاربون النساء ذوات المواهب الخاصة اللواتي كن يضعن معرفتهن التطبيقية وتكوينهن الطبي في خدمة المريض من باب الرحمة والإنسانية. ولعل انتشار هذه

---

(1) وبالرغم من هذا الفصل بين الدين والعلم، إلا أن هناك علاقة وطيدة بينهما، كما يقول جون بيار شوفنمان وزير الداخلية الفرنسي: (أقرب معارفي جيل فري والذي كرس حياته للدفاع عن العلمانية كان يذكر هذه العبارات التي كتبها جان جوريس في "L'action sociale" من الخطأ الفادح قهر التطلعات الدينية للنفس البشرية... إن الإنسان ما أن يحقق العدالة في النظام الاجتماعي حتى يدرك أن ثمة فراغاً كبيراً ينبغي أن يملأه..إن الأشكال الخاصة للتطور الديني يمكنها أن تتوقف دون أن يتوقف العقل عن التطلع إلى اللامتناه). راجع في ذلك: جان بيار شوفنمان، الإسلام في فرنسا، شؤون الأوسط، الصادرة في بيروت: العدد 80، شباط - فبراير 1999، ص 97.

(2) دليلة عيطور، المرجع السابق الذكر، ص19.

الأمراض والأوبئة هي التي أرغمت المجتمعات الغربية على رفض واستبعاد المرضى المصابين بالأمراض المعدية والعقلية في أماكن خاصة، بدليل أن لويس الرابع عشر (1638 - 1715) Le grand Louis XIV ، قام في عام 1656 م بإنشاء مستشفيات على شكل ملاجئ لا تهدف معالجة هؤلاء المرضى بقدر ما تهدف إلى إفراغ شوارع باريس من هذه الفئة التي كانت تشوه المدينة في نظره.(1)

و في القرن التاسع عشر الميلادي أصبحت هذه المستشفيات غير مؤهلة للكفالة بالمرضى إذ فقدت خصائصها كمؤسسة علاجية نظراً لطبيعة نظامها الداخلي، الذي كان يشبه بشكل فظيع النظام السائد في السجون، زد على ذلك عدم توافرها على الشروط الأساسية من نظافة وعناية طبية، الشيء الذي دفع بالأطباء إلى رفض العمل فيها.

ومن جهة أخرى لقد برهن الأطباء أثناء حروب نابليون بونابرت N.Bounaperte (1808 -1873م) على كفاءتهم العلمية وعلى تمكنهم من التقنيات التكنولوجية الطبية في كفالة وعلاج جرحى الحرب في ظروف صعبة وإمكانيات ضئيلة، مما زاد من شأنهم واعترافاً بقدراتهم، الشيء الذي جعلهم يتحكمون ويسيطرون على إدارة المستشفيات بعد الحرب، زيادة على تطور التجارب الطبية الناجحة أدى إلى اطمئنان المريض على حالته الصحية وإيمانه بالمعجزات العلمية، إذ أصبح يقدم جسده للفحوصات والتحقيقات الطبية في سبيل العلم والطب.

---

(1) Encyclopédie universels, Op. cit. p. 551.

إن وظيفة المستشفى في العصور الوسطى[1] لم تكن علاج المرضى ولكن لاستقبالهم وبصفة مؤقتة أو دائمة، ومن هؤلاء المرضى المعوقون، ومن لا يستطيعون إعالة أنفسهم، وكما رأينا كانت المستشفيات تعتبر كملاجئ للمرضى والفقراء أكثر منها كأماكن للمعالجة الطبية وكانت لهذه المستشفيات جذورها الدينية في الكرم والضيافة ومحبة الغير. وخلال القرن الثامن عشر أصبحت وظيفة إيواء الفقراء منظمة في المستشفى، وهنا بدأت الجذور الأولى للمستشفى المعاصر الذي تقويه التطورات والمراحل اللاحقة.[2]

وفي خلال القرنين الثامن عشر والتاسع عشر في الولايات المتحدة الأمريكية، تم تأسيس عدة مستشفيات خيرية كمؤسسات مستقلة. وكانت تدار بمجالس إدارية خاصة بها تمول بالهبات والتبرعات من الأغنياء والمجمعات المحلية. وفي الأساس وقف الأطباء بمعزل عن هذه المستشفيات، حيث كانت خدماتهم تقدم في الغالب مجاناً وكمسعى خيري، وساعدت هذه المستشفيات الأطباء في تدريبهم بإعطائهم فرص متابعة وملاحظة الأمراض المختلفة في تلك المستشفيات. وفي خلال هذه الفترة، أصبحت ممارسة الطب مهنة للأطباء، ذات علاقة مستقلة ومباشرة ومغلقة بين الطبيب والمريض دون تدخل المستشفى كتنظيم.

---

(1) بالنسبة للتاريخ الغربي...لأن الحضارة العربية الإسلامية كانت في أوجها وازدهارها في جميع المجالات، بما فيها المجال الصحي.

(2) CHRISTIAN Maillard, Histoire de l'hopital de 1940 à nos jours, Paris: bordès, 1986,p.8.

إن التطورات المفاجئة والمثيرة في العلوم الطبية والتكنولوجيا في أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين أحدثت ثورة في دور ووظائف المستشفى، فلم يعد مكاناً للمرضى والفقراء لانتظار الموت، حيث أصبح المؤسسة الرئيسة للمعالجة، ومنذ بداية القرن العشرين وسع المستشفى حدود نشاطاته وتقلد دوراً أكبر في تقديم المعالجة الطبية والخدمات الصحية للمجتمع بشكل عام، ومع ذلك فإن الكثير من القوى المؤثرة على المستشفى كتنظيم نبعت من دوره المبكر والمحدود السالف الذكر، وكذلك الأمر بالنسبة للتكنولوجيا والهيكل التنظيمي والنظام الاجتماعي النفسي والأنظمة الإدارية فقد تأثرت إلى حد بعيد بالنمط التاريخي لتطور المستشفى[1].

يقول بعض المؤرخين بأن المستشفى المعاصر بدأ بعد نهاية الحرب العالمية الثانية، إذ أصبحت له الحرية المطلقة في اختيار مستقبله بنفسه[2]. وبما أننا رأينا سابقاً بأن ظهور المستشفى كان في أول الأمر لاستقبال المحتاجين وذلك مع انتشار الديانة المسيحية وأفكارها في الغرب، ولم تكن مهمة المستشفى إذاً علاج المرضى ورعايتهم، وإنما استقبال المحتاجين وغير المتكفل بهم من طرف العائلات، أي من لا مأوى لهم وكذلك الجنود والمعوزين والعجزة. وعموما فإن هذه المهام للمستشفى ظهرت في الدول المعروفة بالديانات الكبيرة (أي الإسلام والمسيحية) والبوذية من جهة، ومن

(1) فريمونت كاست، جيمزروزينويغ، المستشفى العام: تحليل تنظيمي مقارن، (ترجمة فريد نصير)، المجلة العربية للعلوم الإدارية، الصادرة في الأردن، العدد الثالث، ذو الحجة 1401 هـ ـ تشرين الأول 1981م، ص 64 ـ65 .

(2) CHRISTIAN Maillard, Op . cit. p. 18.

جهة أخرى نتيجة للرخاء الاقتصادي والتطور الذي عرفته بعض الدول. ومن خلال هذا المنظور العام، نتساءل كيف تطورت مهنة الطب أو التطبيب في العالم؟.

تعريف الطب والصحة:

« إن الطب علم عظم نفعه وقدره، وعلا شرفه وفخره، واشتهر فضله وذكره، وثبت في الشرع أصله، وشهد بصحته الكتاب والسنة، فأجمع على ذلك كافة الأمة... وقال الأحنف بن قيس: ثلاث لا ينبغي لعاقل أن يتركهن: علم يتزوده لمعاده، وصنعة يستعين بها على أمر دينه ودنياه، وطب يذهب به الداء عن جسده.... ».[1]

إن الطب فن وعلم ورسالة سامية تبحث في حفظ الصحة على الأصحاء واستردادها لهم في حالة أمراضهم، فالطب يحتاج إلى ممارسة، وعلم يتطلب دراسة، كما أنه رسالة يجب أن يقدمها حاملها إلى من يحتاج إليها مهما كانت الظروف دون قيود أو شروط تمس بمنزلة الطب ومكانته، يقدمها لعدوه كما يقدمها لصديقه، ويقول الطبيب الفيلسوف ابن سينا في كتابه «القانون في الطب»: (الطب علم يتعرف منه أحوال بدن الإنسان من جهة ما يصح و يزول عن الصحة ليحفظ الصحة حاصلة ويستردها زائلة...) .[2]

---

(1) إبراهيم بن عبد الرحمان بن أبي بكر الأزرق، المرجع السابق الذكر، ص 2.

(2) عبد الله عبد الرزاق مسعود السعيد، المرجع السابق الذكر، ص 31.

أما العلامة عبد الرحمن بن خلدون فيعرف الطب بقوله: (ومن فروع الطبيعيات صناعة الطب، وهي صناعة تنظر في بدن الإنسان من حيث يمرض ويصح، فيحاول صاحبها حفظ الصحة وبرء المرض بالأدوية والأغذية، بعد أن يتبين المرض الذي يخص كل عضو من أعضاء البدن، وأسباب تلك الأمراض التي تنشأ عنها، وما لكل مرض من الأدوية...وسمي العلم الجامع لهذا كله علم الطب... وكان في الإسلام في هذه الصناعة أئمة جاؤوا من وراء الغاية (جالينوس)، مثل الرازي، والمجوسي، وابن سينا، ومن أهل الأندلس أيضاً كثير وأشهرهم ابن زهر...).[1]

ومن تعاريف الطب يقال إن الطب: علاج الجسم والنفس، ويتم علاج الأمراض إما بالغذاء المناسب أو الدواء الملائم أو بالاثنين معاً أو بالجراحة التي سماها العرب العمل باليد، أو بالعلاج النفساني، أو بين الجمع بين تلكم، وفي هذا الصدد يقول الطبيب أبو بكر الرازي: (...حيث المواد الغذائية تشفى وتنفع فعليك بها دون العقاقير، وحيث المواد البسيطة تكفي فعليك بها دون المركبة...)[2]، وهذا ما وصل إليه الطب الحديث بعد مئات السنين من أقوال ووصية الطبيب العبقري الرازي.

والقرآن الكريم يقول في هذا المعنى: ﴿يَٰٓأَيُّهَا ٱلنَّاسُ قَدْ جَآءَتْكُم مَّوْعِظَةٌ مِّن رَّبِّكُمْ وَشِفَآءٌ لِّمَا فِى ٱلصُّدُورِ وَهُدًى وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ﴾[3]، ويقول سبحانه

(1) عبد الرحمن بن خلدون، المقدمة، المجلد 1، ط3، بيروت: مكتبة المدرسة ودار الكتاب اللبناني، 1967، ص 917 ـ 918.

(2) عبد الله عبد الرزاق مسعود السعيد، المرجع السابق الذكر، ص 32.

(3) سورة يونس، الآية 57.

وتعـــــالى : ﴿ وَنُنَزِّلُ مِنَ ٱلْقُرْءَانِ مَا هُوَ شِفَآءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ وَلَا يَزِيدُ ٱلظَّٰلِمِينَ إِلَّا خَسَارًا ﴾[1]، وقال سبحانه وتعالى: ﴿وَلَوْ جَعَلْنَٰهُ قُرْءَانًا أَعْجَمِيًّا لَّقَالُواْ لَوْلَا فُصِّلَتْ ءَايَٰتُهُۥٓ ءَا۬عْجَمِيٌّ وَعَرَبِيٌّ قُلْ هُوَ لِلَّذِينَ ءَامَنُواْ هُدًى وَشِفَآءٌ وَٱلَّذِينَ لَا يُؤْمِنُونَ فِىٓ ءَاذَانِهِمْ وَقْرٌ وَهُوَ عَلَيْهِمْ عَمًى أُوْلَٰٓئِكَ يُنَادَوْنَ مِن مَّكَانٍ بَعِيدٍ ﴾[2]. وهــذا هــو الاعتناء الذي خصصه الإسلام لمجمل الأمراض والتي من المحتمل أن تكون أسبابها اضطرابات نفسية وسلوكية.

أما الطبيب اليوناني أبقراط فيعرف الطب كما يلي: (... هو الفن الذي ينقذ المرضى من آلامهم ويخفف من وطأة النوبات العنيفة ويبتعد عن معالجة الأشخاص الذين لا أمل في شفائهم، إذ إن المرء يعلم أن فن الطب لا نفع له في هذا الميدان..)، وهنا برز الرازي وكان أول من فكر في معالجة المرضى الذين لا أمل في شفائهم واهتم بهم كل الاهتمام[3]، وهذا الأمر لا يزال محل أخذ ورد إلى يومنا هذا، وقد أطلقت عليه العديد من الأسماء كان آخرها الموت الرحيم.

إذاً، ومن خلال هذه التعاريف السابقة، وهي عديدة، بتعدد مدارس الطب سواء عند المسلمين أو الغربيين، نلاحظ أن كليهما أعطى صفة الفن Art لهذا العلم وقدره أحسن تقدير، لكنه كان مقيداً ببعض الشروط والمقاييس نلتمسها أكثر في حلف أو قسم الطبيب، فما هو محتوى ومغزى هذا القسم المهني؟

---

(1) سورة الإسراء، الآية 82.

(2) سورة فصلت، الآية 44.

(3) زيغريد هونكه، المرجع السابق الذكر، ص37.

منذ زمن قديم، وحين ظهر قسم أبقراط والطبيب يقطع على نفسه عهوداً ويقسم بخالقه سبحانه وتعالى على تنفيذها والقيام بها، وهذا ما يمكن وصفه بالأخلاقيات الطبية العلمية والمهنية، لأن العلم بلا ضمير هو خراب للروح والمجتمع معاً، كما يؤكده بعض الفلاسفة.

قسم أبقراط: (إني أقسم بالله رب الحياة والموت وواهب الصحة وخالق الشفاء وكل علاج، وأقسم بأسقليبيوس وأقسم بأولياء الله من الرجال والنساء جميعاً، وأشهدهم جميعاً على أني أفي بهذه اليمين وهذا الشرط وأرى أن المعلم لي هذه الصنعة بمنزلة آبائي وأواسيه في معاشي وإن احتاج إلى مال واسيته وواصلته من مالي، وأن الجنس المتناسل منه فأرى أنه مساو لإخوتي وأعلمهم هذه الصناعة إن احتاجوا إلى تعليمها بغير أجرة ولا شرط... ولا أعطي إذا طلب مني دواء قاتلاً ولا أشير أيضاً بمثل هذه المشورة وكذلك أيضاً لا أرى أي أدني من النسوة فرزجة (شئ يتداوى بها النساء) تسقط الجنين وأحفظ نفسي في تدبيري وصناعتي على الزكاة والطهارة، ولا أشق عمن في مثانته حجر، ولكن أترك ذلك إلى من كانت حرفته هذا العمل...)، بالإضافة إلى كتمان أسرار المريض، ويقول في الأخير أنه (من أكمل هذه اليمين ولم يفسد شيئاً كان له أن يكمل تدبيره وصناعته على أفضل الأحوال وأجملها).

وفي رواية ثانية لقسم أبقراط وهو المتفق عليه في أغلب المصادر والوثائق التاريخية يقول: (أقسم بأبولو[1] الطبيب وإسكلابيوس[2]، وميجاو

---

(1) بالرغم من حياة الشرك والإلحاد وعدم التقيد بالديانات السماوية، فكان الإنسان دائماً تواقاً لخالق الكون عليه، Apollou هو إله الجمال والضوء والفنون، وربما المركبات الفضائية الأمريكية سميت بذلك، لإرتباطها بالفنون.

(2) وهو إله إغريقي Asclépios للطب، وهو أيضاً إله الطب عند الرومان يسمى Asculape.

بانيسي، وأشهد جميع الآلهة على أني سوف أحفظ عهدي التالي حسب إمكاني وحكمي... أن أعز من علمني هذا الفن كمعزتي لوالدي وأشركه معاشي...سوف أبوح لأولادي من علمني وجميع التلاميذ الذين قيدوا أنفسهم ووافقوا على قواعد المهنة لهؤلاء دون غيرهم نواميسها ووصاياها... وأقسم أن أشير على مرضاي بالنظام الذي أرى على قدر استطاعتي وإدراكي أنه من الأنفع لهم في الغذاء والدواء وأمتنع عن كل ما هو ضار ومؤذ.. سوف لا أصف دواء قتالاً... ولا أعطي امرأة فرزجة مجهضة... وألا أخصي الأشخاص الذين يعملون تحت الأحجار ولكن سأترك ذلك لمن يمارسون هذا العمل...سوف لا أستخرج حصاة من مريض بل أترك العملية للمختصين بهذا الفن... وفي أي مسكن أدخل سيكون هدفي هو منفعة المريض... سوف أحتفظ بكل ما أراه وأسمعه من أسرار الناس... وما دمت باقياً على قسمي هذا غير حانث به، فيكون جزائي التمتع بالحياة وممارسة فني مبجلاً من جميع الناس على مر العصور، أما إذا انتهكت هذا القسم وحنثت به فيكن جزائي عكس ذلك) [1].

وهناك من يقسمون بقسم طبي خاص بهم قد حوروه بإيجاز عن قسم أبقراط على حسب ملاءمته لهم طبقاً لمعتقداتهم وأحوالهم وظروفهم، ولكن نرى من خلاله أن روح وبعض أفكار أبقراط لا تزال موجودة ومهيمنة في ذلك القسم المهني والأخلاقي.

(1) عبد الله عبد الرزاق، المرجع السابق الذكر، ص 40.

أما القسم الذي وصفه الطبيب موسى بن ميمون الأندلسي(529 هـ ـ 601هـ/ 1135م ـ 1204م) الذي ولد بقرطبة من عائلة يهودية (قيل إنه أسلم فيما بعد)، وألف بالعربية كتباً في الطب منها الفصول ورسالة في السموم ومقالة في البواسير[1]، فالقسم الذي وصفه هو على شكل دعاء يقول فيه على الخصوص: (ربي أملأ نفسي حباً عميقاً لفن الطب ولجميع الناس ولا تسمح بأن يلوث التعطش للربح والمجد الباطل فني، فإن أعداء الحق والظالمين يستطيعون بسهولة أن يقصونني عن إنجاز واجبي الشريف في صنع الخير والصلاح نحو عبادك... ربي أسند قلبي ليكون أهلاً لخدمة الفقير والغني على السواء وخدمة الصديق والعدو والصالح والشرير على السواء... ربي دعني أن لا أرى في المريض إلا آلامه وأوجاعه ولتبقى نفسي صافية نقية قرب سريره وأبعد عني سيىء الأفكار وخبيثها عند معالجته لأبدل علمي وفني... إن خدمة البشر المتألم والمحافظة على حياته لأمر سام عظيم... ربي هب المرضى الثقة بي وبفني... ربي هبني الأناة والصبر وطيب النفس وسعة الصدر عند سرير المرضى الجهلاء والعنودين... وامنحني القناعة في كل شيء إلا القناعة في حب الطب وتقدمه وأبعد عني فكرة التفاخر والتباهي وقدرني على إنجاز كل شيء والنجاح في كل أمر... هبني القوة والإرادة واجعل مني أهلاً لتوسيع معارفي...).[2]

إذن من خلال قسمي أبقراط اليوناني وموسى بن ميمون الأندلسي نستخلص ما لهذا الفن والرسالة من نبل أخلاقية، وقيم إنسانية، والقسم ما

(1) صلاح الدين أبو الرب، المرجع السابق الذكر، ص 145.

(2) عبد الله عبد الرزاق، المرجع السابق الذكر، ص 56.

هو إلا إطار يعمل فيه الممارس للمهنة، وبالتالي فيجب أن يستوي سلوكه في عمله الطبي على هذا النحو وهو جملة من الضوابط المهنية والأخلاقية التي يتقيد بها الطبيب في مزاولة مهنته، ونتكلم كثيراً في أيامنا هذه عن أخلاقيات الطب وغيرها... ونختم قسم الطبيب بما أقره المؤتمر العالمي الأول للطب الإسلامي بمناسبة مطلع القرن الهجري الخامس عشر المنعقد في الكويت بتاريخ 06 ـ 10 ربيع الأول سنة1401 هـ، الموافق لـ 12 ـ 16 جانفي سنة 1981م، وأقر القسم الطبي التالي:

بسم الله الرحمن الرحيم

(أقسم بالله العظيم أن أراقب الله في مهنتي وأن أصون حياة الإنسان في كافة أدوارها في كل الطرق والأحوال، باذلاً وسعي في استنقاذها من الموت والمرض والألم والقلق، وأن أحفظ للناس كرامتهم وأستر عورتهم وأكتم سرهم وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله باذلاً رعايتي الطبية للقريب والبعيد والصالح والخاطئ والصديق والعدو، وأن أثابر على طلب العلم أسخره لنفع الإنسان لا لأذاه، وأن أوقر من علمني وأعلم من يصغرني وأكون أخاً لكل زميل في المهنة الطبية في نطاق من البر والتقوى، وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي تقياً مما يشينني أمام الله ورسوله والمؤمنين، والله على ما أقوله شهيد).[1]

تقول الدكتورة الألمانية المستشرقة زيغريد هونكه في كتابها « شمس العرب تسطع على الغرب»: (يروى أنه عندما أراد السلطان عضد

---

(1) عبد الله عبد الرزاق، المرجع السابق الذكر، ص 57.

الدولة البويهي (324 ـ 373هـ/936 ـ 983 م) وهو من أبرز ملوك الدولة البويهية، وهو شاعر وأديب ولغوي، أن يبني مستشفى جديداً حديثاً في مدينة بغداد أوكل إلى الطبيب الذائع الشهرة الرازي بالبحث عن أفضل مكان... و أما السلطان صلاح الدين الأيوبي 526 ـ 579هـ/1138 ـ 1191م) في القاهرة فلقد اختار أحد قصوره الفخمة وحوله إلى مستشفى ضخم كبير سمي ((المستشفى الناصري))... وتوافرت في مستشفيات الخلفاء والسلاطين كل أسباب الرفاهية التي كانت تتوافر في قصورهم من أسرة وثيرة ناعمة، إلى حمامات كانت تتمتع بها الطبقة الحاكمة في بيوتها، ومن المعلوم أن هذه المستشفيات على غناها ورفاهياتها، كانت تفتح أبوابها للفقراء ولكل أبناء الشعب دون تمييز، وعندما انتهى المستشفى المنصوري في القاهرة طلب السلطان المنصور قلاون (667 ـ 678هـ/ 1279 ـ 1290 م) قدحاً من العصير من المستشفى فشربه وقال: (إني قد وهبت هذا المستشفى إلى أندادي وأتباعي وخصصته للحكام والخدم والجنود والأمراء، للكبار والصغار للأمراء والعبيد، للرجال والنساء على السواء)[1]. ولم يكن هذا كل شيء بل إن العناية الجيدة كانت في الواقع عناية لم يكن يعرفها إلا الأمراء، وتستطرد الدكتورة قائلة: (إن أفضل المستشفيات التي أنشئت بادئ ذي بدء في بلاد الفرنجة، كانت مستشفيات Hôtel Dieu أو مأوى الله في باريس (... كانت ثمة قش كثير موضوع على الأرض تزاحم عليه المرضى... وأقدام بعضهم إلى جانب

(1) زيغريد هونكه، المرجع السابق الذكر، ص 229 .

رؤوس الآخرين والأطفال قرب الشيوخ، والرجال بجانب النساء بشكل يدعو إلى العجب ولكنه كان حقيقياً... الطعام سيىء يقدم لهم في قلة وندرة عجيبتين وفي أوقات متباعدة، وأما كمية الطعام فهي ضئيلة جداً، كان المبنى الذي يضم المرضى يزدحم بأخطر الحشرات أضف إلى ذلك فساد الهواء في الداخل لدرجة لا تطاق ولا تحتمل... وكانت جثث الموتى من المرضى تترك مدة أربع وعشرين ساعة وفي الغالب أكثر، قبل أن تنقل، فيضطر المرضى الآخرون خلال ذلك الوقت أن يشاطروا الجثث هذا المكان، الجثث الذي يدب فيها الفساد بسرعة في جو جهنمي كهذا، فتفوح الروائح النتنة في الأجواء، وينقض البعوض ويهجم على اللحم العفن...)[1]. وكان مستشفى ستراسبورغ Strasbourg أول مستشفى التحق به طبيب رسمي وكان ذلك سنة 1500 م، أي بعد ثمانمائة سنة من تأسيس أول مستشفى عربي كان قد أنشأه الوليد الخليفة الأموي وعين فيه الأطباء والمرضين. وفي عام 1517 م تبعت ستراسبورغ مدينة ليبزيغ Leipzig وحدت باريسParis حدوها فأنشأت Hotel Dieu عام 1536م، كذلك تشهد الحقائق التاريخية أنه بينما المسلمون يعاملون مرضاهم المصابين بالأمراض العقلية معاملة حسنة، كان الأوروبيون يكبلون هؤلاء المرضى بقيود من حديد ويصفون لهم الضرب كعلاج، وبهذا الصدد، وفي عام 1313م، أمر فيليب بضرب جميع المجذومين، بينما بنى الخليفة الأموي الوليد بن عبد المالك سنة 707م أول مستشفى للجذام (البرص) وكذلك

---

(1) نفس المرجع، ص 225.

بنى الأمويون في سوريا مستشفيات للمجانين، وكانوا يعالجونهم جسمانياً ونفسياً، بينما كان المجانين في أوروبا يضربون.[1]

بعد هذا العرض العام والمقارن ما بين تطور المستشفى في الدول الغربية، وفي الدول العربية والإسلامية، وكيف كانت نظرة هؤلاء إلى المستشفى والخدمة الطبية بصفة عامة، أصبح الآن المستشفى على جانب كبير من التعقيد ويبقى هدفه الرئيس هو تلبية حاجات المريض بالنسبة للمعالجة والعناية الطبية وبالتالي كل التركيبة البشرية التي يوظفها المستشفى هي مسخرة لهذا الغرض النبيل، أي للمحافظة على صحة المجتمع ورعايته. ترى فما المقصود بمصطلح الصحة؟ وما هي التعاريف والدلالات التي أعطيت لهذا المفهوم العلمي؟

يعتبر مفهوم الصحة La santé اليوم من أصعب المفاهيم تعريفاً وتحديداً، فإذا كانت كلمة الصحة تتدرج يومياً في كلامنا وخطاباتنا للتعبير عن أحوالنا ووجودنا، فإنها لا تفهم دوماً من طرف العامة بنفس الطريقة وبنفس المدلول. من المؤكد أن صحتنا تشغل بالنا واهتماماتنا وعندها يتلاقى الإنسان سواء في شكل تجمعات أو فرادى. إنها مفهوم يعبر عن الوجود من جهة، ومن جهة أخرى الصحة هي مفهوم علمي تم توضيحه عن طريق العلوم البيولوجية والنفسية والاجتماعية. ومفهوم الصحة يتغير من حيث الزمان والمكان. وفي هذا الصدد يقول عالم الأحياء روني ديباس Rene Dubas بأنه لا يوجد تعريف جامع مانع للصحة فكل واحد

(1) زيغريد هونكه، المرجع السابق الذكر، ص 226.

منا يريد عمل أي شيء في حياته يحتاج لهذا صحة التي قيل إنها تاج فوق رؤوس الأصحاء لا يراها إلا المرضى. أما توماس بنس Thomas Benesse فيعرف الصحة بأنها تعني أكثر العلاقة الموجودة بين الشخص وجسده من العلاقة الموجودة مع الأقارب، ومع الخطاب الطبي ومع الثقافة. أما بالنسبة لبرجر كوليث Colette Berger فإن المفهوم عنده هو النسق، ومفترق الطرق، ومعنى غني، ومفتوح، وتساؤل دائم غير متوقف.[1]

هذا بالإضافة إلى عدة تعاريف، كتلك الذي جاء بها قاموس TRAVAUX سنة 1732م عن جريدة العلماء (Journal des savons) والتي ترى أن (الصحة ليست شيئاً آخر كتناسق وانسجام وتكامل في توازن الأجزاء الصلبة والسائلة) ، كما يضيف القاموس تعريفاً آخر، أن (الصحة هي حالة أساسية للتوازن العيادي (الإكلينيكي) وأحسن ظروف العمل الوظيفي).[2]

أما الفيلسوف الألماني نيتشه فريدريك F. Nieztsche (1844 - 1900م) فقد اعتبر سنة 1888م، أن الصحة والمرض ليسا بالضرورة مختلفين مثل ما يظن الأطباء وكذا مثل ما يظن الأطباء حتى الآن . أما جول رونار Jules Renard فيقول في جريدته عام 1896م (أحسن صحة هي عدم الإحساس بصحة الفرد). ومن جهة أخرى فإن رلوريش Leriche . فيعلن سنة 1936م أن (الصحة هي الحياة في هدوء الأعضاء).

---

(1) CHRISTIAN Maillard, Op. cit, p. 22.
(2) BERNARD Honoré, l'hopital et son projet d'entreprise, Toulouse: édition privot,1990; p . 75.

أما الأستاذ يوسف خياط في معجمه للمصطلحات العلمية والفنية فيقول إن علم الصحة (هو حفظ الصحة Hygiène من خلال قسم من أقسام الطب الذي يبين ما يجب اتخاذه من أعمال لحفظ الصحة، وخصوصاً مكافحة الضر من مؤثرات البيئة التي يعيش الإنسان أو الحيوان فيها). [1]

أما قاموس لاروس Larousse فيرى أن كلمة الصحة Santé مأخوذة من الكلمة اللاتنية Sanitas وتعني حالة البدن الذي يعمل بطريقة عادية ودون مرض، (Etat de celui dont l'organisme fonctionne normalement en absence de maladie) أي الحفاظ على الصحة. والحالة العادية (سواء كانت جيدة أم سيئة) للجسد دائماً تجعل الصحة حساسة، وهنا يبرز الاهتمام بالحالة الصحية للأفراد والجماعات من خلال دور ومكاتب الصحة من جهة، والاعتناء بالصحة العقلية من جهة، إلى جانب مصالح الطب العسكري ...إلخ.

أما منظمة الصحة العالمية (O.M.S) في مقدمة دستورها لعام 1946م أبرزت مظاهر الإشكالية لهذا التعريف الذي يعرف عدة تعابير تدور كلها حول مسألة معنى الحياة، سواء الفردية منها أم الجماعية. والتعريف كما جاء باللغة الفرنسية مع الترجمة هو كما يلي:

(La santé est un état complet de bien être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie

(1) يوسف خياط، معجم المصطلحات العلمية و الفنية عربي - فرنسي - إنكليزي - لاتيني، بيروت: دار لسان العرب، د.ت، ص 374.

ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre l'un des droits de tout être humain).[1]

« الصحة هي تلك الحالة الكاملة من الراحة الجسمانية، والعقلية والاجتماعية، ولا يعني فقط غياب المرض أو العاهة. إن امتلاك حالة صحية جيدة والممكن الحصول عليها تشكل إحدى الحقوق لكل كائن إنساني ».

ولا يعتبر هذا التعريف لمفهوم الصحة تعريفاً جامعاً مانعاً كما يقول رجال المنطق، بل عرف عدة تطورات وشمل العديد من المجالات والميادين الأخرى، ومن بينها البيئة وأصبح يعني بالصحة حالياً ذلك التوازن بين الإنسان والبشر والبيئة، بعدما ما كان مجرد توازن بين مكونات الإنسان البيولوجية[2]. لقد تبنت أغلب دول العالم هذا التعريف وقننته في دساتيرها وقوانينها، كما أكدت بأن الصحة هي حق من حقوق المواطن[3].

ومن خلال الأدبيات الصحية لمنظمة الصحة العالمية في بداية السبعينيات، اتسع مفهوم الصحة عند هذه الهيئة ليشمل ميادين أخرى بحيث أصبح يعبر عنه بالصحة العمومية La santé publique، أو الصحة

---

(1) BERNARD Honoré, Op. Cit. p.72.

(2) راجع في هذا الشأن:

سنوسي خنيش، الإدارة والبيئة بين النظرية و التطبيق (دراسة حالة الجزائر)، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر: معهد العلوم السياسية والعلاقات الدولية، 1418هـ /1998م، ص 633.

(3) هذا ما يعرف باحترام حقوق الإنسان - الخليفة وواجباته في الفكر السياسي الإسلامي، أي مبدأ التكريمية المرتبط أساساً بمقاصد الشريعة الإسلامية التي من بينها حفظ النفس والنسل والعقل والدين والمال، وحفظ النظام العام. (راجع في ذلك: أبو إسحاق الشاطبي، الموافقات، أصول الشريعة، مجلدين، بيروت: دارالكتب العلمية، د.ت، ص 580).

الشاملة للشعب، والتي هي (ذلك النظام الرسمي لحماية التجمعات التي تنظم على شكل إدارة في خدمة الشعب من خلال سياسة صحية محددة)، كما تعرف الصحة في هذا الصدد على أنها (ذلك التوازن أو الانسجام لكل الإمكانيات للكائن البشري (الحيوية، والنفسية، والاجتماعية)، حيث هذا التوازن يلزم من جهة إشباع الحاجيات الأساسية للإنسان التي هي تقريباً نفسها عند جميع البشر(كالحاجيات العاطفية، والغذائية، والصحية، والتربوية والاجتماعية) من جهة، ومن جهة أخرى تأقلم ودون توقف للإنسان مع بيئة دائمة التغير)[1] . والصحة العمومية هي نظام حركي مهمته دراسة الحالة الصحية للمجتمع أو الجماعات المكونة له، وتحليل الإجابات عن المشكلات الصحية للأفراد أو الجماعات[2]، وضمان العدالة وإزالة الفوارق الصحية بين الدول وبين الطبقات الاجتماعية والمهنية. وقبلها وفي مؤتمر ألما أتا (بالاتحاد السوفياتي سابقاً) وأثناء المؤتمر المشترك بين م.ص.ع O.M.S واليونسيف UNICEF ، تم التركيز على مفهوم الرعاية الصحية الأولية والتي تهدف إلى تضييق الفجوة بين الموسرين والمحرومين، وقد عرف هذا المفهوم عموماً بتوفير الصحة للجميع بحلول عام 2000.[2]

---

(1) بديعة بن حبيلس، الصحة العمومية ، محاضرات ألقيت على طلبة ما بعد التدرج المتخصص في إدارة أعمال المؤسسات الصحية، بالمدرسة الوطنية للصحة العمومية بالجزائر، سنة 1998، ص 5.

(2) CLAIRE Brisset, et JACQUES Stoufflet, Santé et médecine, Paris: édition la decouverte,1988,p334.

ولعل الشيء الذي يجب التركيز عليه في تأصيل الصحة وتحديثها أن نقف عند ترسيخ مبدأ الثقافة الصحية لدرء المفاسد والمساوئ قبل جلب المصالح والعناية بالعلاج (أي تشجيع مبدأ الوقاية أفضل من العلاج)، والاهتمام بالثقافة الإدارية والسياسية لإدارة قطاع الصحة العمومية وتسييره وفق أهدافه الإنسانية والاجتماعية والمدنية والحضارية.

ولن يكون هذا في نظرنا المتواضع إلا برسم سياسة صحية وطنية شاملة ومتوازنة ومستديمة، سواء على الساحة الوطنية أو الدولية. وهذا بدوره يتطلب ـ كما سنرى لاحقاً ـ التركيز على الأبعاد السياسية والتنظيمية والثقافية للنظام الصحي بصفة عامة والجزائر على وجه الخصوص.

لقد أصبحت الآن الصحة مشكلة التجمعات الإنسانية، وبالتالي مشكلة وطنية ودولية في آن واحد، حيث أصبحت الدول والحكومات تعنى بصحة أفرادها ووقايتهم من الأمراض والأوبئة من جهة، والتنسيق بين الدول من جهة ثانية، وبالتالي فإن كل هذه التطورات سواء تعلق الأمر بالمنشآت والهياكل الصحية، والعناية الصحية وغيرها، من الأمور التي تشترك في هدف واحد وهو رعاية صحة المجتمع والحفاظ عليه. إن السؤال الذي يطرح نفسه بقوة هنا هو: كيف تمول هذه الخدمات لضمان وحماية صحة المجتمع؟ وما هي مصادرها؟ هذا ما سنعالجه في المحور الآتي.

تمويل الخدمات الصحية:

لقد رأينا سابقاً وعبر الإصلاحات العديدة التي عرفها المستشفى كهيكل للمعالجة (أي تقديم خدمة صحية للمواطنين)، مع مقارنته

بالتجارب الطبية السابقة، أن الإشكالية المطروحة وخاصة مع التطورات الكبيرة في العلوم الطبية والتكنولوجية، بالإضافة إلى الاكتشافات الكبيرة في ميدان العلاج والتشخيص، وبعدما كان العرف السائد في الممارسة الطبية هو الممارسة المستقلة والعلاقة المباشرة المغلقة بين الطبيب والمريض دون تدخل المستشفى كتنظيم، والنظر للطبيب من خلال حقيبته السوداء فقط، هي كيف يمكن للمستشفى أن يكون في مستوى توفير التكنولوجيات العلمية الطبية التي تتجاوز الأطباء كأفراد ؟

لقد أصبح المستشفى المصدر الرئيس لتجميع الآلات والتسهيلات الضرورية للطبيب ومرضاه، وللمرضى ولمعالجتهم أحسن العلاج. كل هذه الأمور وضعت إدارة المستشفى أمام تحديات وصعوبات تمويلية كبيرة. فمن أين تمول هذه الخدمات الصحية والتكنولوجيات العلمية الطبية؟ وما هي مصادر تمويلها؟ وماذا عن السياسة المالية وميزانية قطاع الصحة والمستشفيات ؟

في الحقيقة هناك ثلاثة مصادر رئيسة لتمويل الخدمات الصحية، ويمكن تقسيمها إلى ما يلي:

1. الأسر والعائلات.
2. الضمان الاجتماعي والمنح العائلية.
3. ميزانية الدولة أو الجماعات المحلية المنتخبة.

ويعتبر المصدران الأخيران بمثابة مصادر تمويلية اجتماعية، وكل مصدر من بينهما يتميز بخصوصية نمط الاستهلاك الجماعي، أي ما يسمى بتمثيل خدمة للصالح العام، ويتعلق الأمر بالضمان الاجتماعي،

وهذا مقارنة بالمكانة التي يحتلها ضمن النظام الصحي الذي يرتبط بنظام الحماية الاجتماعية والصحة العمومية.

إن اختلاف الأنظمة السياسية يكمن حسب درجة مساهمة الأشخاص المستفيدين من الخدمات الصحية المختلفة، وعلى هذا الأساس يمكن إبراز أربعة أنماط من هذه الأنظمة، والذين يشكلون نوعاً من التنظيم:

1. **الاحتياط الحر**: يوجد هذا النمط في أغلب دول العالم المتخلف، حيث للأسر الحرية في الانخراط في صندوق الضمان الاجتماعي، أو التأمينات الاجتماعية إذا كانت موجودة. أما في الدول المتقدمة فيوجد هذا النمط في كل من سويسرا والولايات المتحدة الأمريكية. ففي سويسرا مثلاً هناك التأمينات المرضية ولكنها ليست إلزامية، فللأسر حرية الانخراط فيها وبصفة إرادية، مع هذا فإن نسبة 97 % من الشعب السويسري مؤمّن، و يمكن لأفراد العائلة الواحدة أن يؤمنوا أنفسهم بصفة فردية[1]، أما في الولايات المتحدة الأمريكية فهو نفس الشيء بحيث إن التأمينات المرضية ليست إلزامية، وهي تابعة للنشاط الخاص، ولا يوجد هناك نظام الحماية للجميع، بل هناك فئتان من المجتمع الذين يستفيدون من هذه الحماية، وهما الفئة المحرومة وفئة الشيخوخة (Medicare-Medicaid)، وهناك حالياًجدل

(1) OUFRIHA F. Zohra, « Systemes de santé dans le monde », les cahiers dr CREAD, N°27/ 28 (3éet 4é trimestre 1991),p.9.

واسع حول الإصلاحات الصحية التي تقدم بها الرئيس الأمريكي باراك أوباما.

2. **التأمين المرضي الإلزامي**: في هذه الحالة التأمينات المرضية الاجتماعية إلزامية بالنسبة لفئة معينة من الشعب، بحيث تدفع الاشتراكات سواء من طرف الأفراد أنفسهم أو من طرف المستخدمين، مما يسمح لهم بالعلاج لهم ولأفراد عائلاتهم، ويوجد هذا النمط في الكثير من الدول الغربية (كألمانيا، والنمسا، وبلجيكا، وهولندا، ولكسمبورغ، وفرنسا...). وكذا أغلب الدول التي تعرضت للاستعمار، لكن تختلف تطبيقات هذا النمط من دولة لأخرى، وبين الدول المتقدمة والمتخلفة[1].

3. **التأمين المرضي الوطني**: هناك تميز أساسي بين التأمين المرضي الإلزامي والتأمين المرضى الوطني، والميزة الجامعة هي أن الحق في الخدمات غير مؤسس على إلزامية المشترك، ويمكن تطبيق القطاع العمومي الجزائري في هذا النمط. أما القطاع الخاص فهو يوظف ضمن التأمين المرضي الإلزامي، كما يمكن كذلك تطبيق القطاع العمومي في هذا النمط إذا علمنا أن نظام التأمينات الاجتماعية يمول بواسطة الميزانية ومساهمة المؤمنين ومساهمة المستخدمين. كما أننا نجد هذا النمط في كندا في إطار المقاطعات، والطب المتنقل، وكذا في السويد،

(1) Ibid, p .10.

والنرويج، حيث يشمل هذا النمط جميع السكان، وهولندا بالنسبة للعلاج طويل المدى (والمرتبط بالأمراض المزمنة).

4. **الخدمة أو المصلحة الوطنية للصحة**: إنه كذلك نظام جامع يغطي جميع العلاجات، وفي هذه الحالة الممول هو الذي يقدم العلاج، عن طريق الميزانية، ففي إنجلترا مثلاً الخدمة الصحية الوطنية تتم عن طريق التعاقد مع الأطباء المستقبلين للمرضى ويعوضون حسب عدد المرضى المعالجين. وقد سلكت عدة دول من أوروبا هذا النمط كالدانمارك، وإيزلندا، وإيطاليا، واليونان، والبرتغال، وإسبانيا.

أما بالنسبة للجزائر فعندما نتكلم عن الخدمة أي المصلحة الوطنية للصحة، فنقصد به القطاع العمومي، ويمكن إذن تصنيفه ضمن هذا الإطار.[1]

أما بخصوص نموذج توزيع العلاج فغالباً ما يكون هناك نمطان من هذا التمويل:

1. الأسلوب غير المباشر للتوزيع: وهو الدفع المسبق للمؤمنين ثم يتم تعويضهم، أو هناك طرف ثالث يقوم بهذه العملية.
2. الأسلوب المباشر للتوزيع: الموزع هو في نفس الوقت الممول (وهذا ما يطبق في إنجلترا، والقطاع الشبه عمومي في الجزائر). أو الموزع يتلقى مباشرة من الممول القيمة اللازمة لسير نشاطاته[2].

(1) OUFRIHA F. Zohra, Op. cit. p. 10.
(2) Ibid, p .11.

وكما رأينا فإن نظام التأمينات الاجتماعية يمول بواسطة الميزانية ومساهمة المؤمنين ومساهمة المستخدمين، ففي الجزائر تم تحديد التوزيع الجديد لنسب الاشتراك في الضمان الإجتماعي، وذلك بموجب المرسوم التنفيذي المؤرخ في 4 مارس 2000 م، والذي نشر في الجريدة الرسمية رقم 10 ، وذلك ابتداء من شهر جانفي 2000، وجاءت هذه النسب موزعة بنحو 25 % من وعاء اشتراك الضمان الاجتماعي على نفقة المستخدم، و9 % على نفقة العامل، و0.5 % بموجب حصة صندوق الخدمات الاجتماعية. ويوضح المرسوم أن هذه الاشتراكات تذهب إلى التأمينات الاجتماعية بقدر 14% من الوعاء الإجمالي، و16% للتقاعد، و1.75% للتأمين على البطالة، و1.5 % للتقاعد المسبق، و1.25% لحوادث العمل والأمراض المهنية (1). ليشمل وعاء اشتراك الضمان الاجتماعي على نسبة إجمالية تقدر بـ 34.5 %.

لكن الملفت للانتباه حقاً، هو كيفية التعامل بين العمال وصناديق الضمان الاجتماعي في مجال التعويضات، سواء تعلق الأمر بالعطل المرضية، أو الأدوية، أو حوادث العمل، فالكل مستاء من طريقة الطوابير والتأخير في عملية التعويض وغيرها. وعلى هذا الأساس فقد بدأ التفكير في تطبيق تجربة جديدة في مجال التعويضات بالضمان الاجتماعي، حيث

---

(1) R.A.D.P, Décret exécutif n° 2000-50 du 28 Dhou El kaada 1420 correspondant au 4 Mars 2000 modifiant le décret exécutif n° 94-187 du 26 Moharram 1415 correspondant au 6 Juillet 1994 modifié et complété , fixant la répartition du taux de cotisation de sécurité sociale, Journal officiel, n° 10 du 29 Dhou El kaada 1420 correspondant au 5 Mars 2000. p.12.

يعفى المؤمن بموجبها من التردد على وكالة الدفع للحصول على التعويض، إذ يكتفي بعرض « بطاقة غير الدافع » التي أصبحت تسمى بطاقة الشفاء، للصيدلي للحصول على الأدوية دون مقابل مالي، أو بتسديد جزء يسير تبعاً لنسبة التأمين الخاصة به. وتدعى هذه التجربة بـ« نظام الدفع من طرف الغير »[1] ، وهذه الطريقة قد تجنب المرضى المؤمنين من التردد وضياع الوقت في وكالات الدفع الخاصة بالضمان الاجتماعي من جهة، ومن جهة أخرى فإن الصيادلة يصبح لهم زبائن دائمون، إذ إن البطاقات التي تعطى للمؤمنين تحدد الصيدلي الذي تتعامل معه وكالة الضمان الاجتماعي التابع لها المؤمن. وبهذه الطريقة كذلك يمكن للمرضى التكفل بحالتهم الصحية من خلال اقتناء الأدوية بسهولة، إذا عرفنا أن المريض حالياً وقبل اقتناء الأدوية يستفسر عن الأسعار وكأنه في السوق. كما أنه في أغلب الأحيان لا يأخذ الأدوية الموصوفة كلها خاصة ذوي الدخل الضعيف، وفي هذه الحالة تتعقد حالته الصحية أكثر فأكثر.

لا توجد ميزة واحدة لاتخاذ قرار من شأنه التوصل إلى عقلانية النفقات الصحة، فقد ظهرت من بين العناصر النادرة والمرجعية غياب (مقياس عالمي) من شأنه أن يوضح أن بلداً ينفق أكثر من بلد آخر، من أجل تحسين صحة مواطنيه، فما هي نسبة هذه النفقة؟

الظاهرة الملفتة للانتباه في ربع القرن الأخير من القرن السابق، هي الزيادة السريعة لنفقات الصحة مقارنة بزيادة الناتج الداخلي الخام، حيث

(1) إجراءات جديدة لتعويض مصاريف الدواء، جريدة الخبر اليومية، الجزائر: الأحد 19 مارس 2000.

كانت ما بين 3 و5 % مقارنة بـ(ن.د.خ) PIB سنة 1960م، ووصلت هذه النسبة إلى ما بين 8 و10 %سنة 1987م، وهي في زيادة ملحوظة في التسعينيات. وهذه الزيادة تدعمها الزيادة في النفقات الاستشفائية التي تزداد بسرعة أكثر حيث تفوق أحياناً نسبة الـ 50 بالمائة من مجموع النفقات (فمثلاً تبلغ 80 % في السويد)، وهذه الزيادة لها عدة أسباب نذكر منها:

زيادة الطلب على العلاج، وتطوير تقنيات العلاج، وإعادة الاعتبار أو رفع قيمة تعويض عمال الصحة[1]. ففي الجزائر مثلاً وصلت النفقات الوطنية للصحة سنة 1992إلى 5.2%مقارنة بالناتج الداخلي الخام، وترتفع هذه النسبة إلى 5.8% سنة 1993 ، وتصل النسبة سنة 1994إلى 7% [2]، هذه الزيادة تفسرها الزيادة في عدد عمال القطاع الصحي، من السلك الطبي وشبه الطبي، وكذلك في زيادة الهياكل الصحية من مستشفيات وعيادات ومراكز صحية وغيرها. مع هذا فإن كل الدول تجمعهم خاصية واحدة على الأقل بغض النظر عن طبيعة أزماتها، وهي أنهم في أزمة تمويلية، لأن النفقات وزيادتها تفوق بكثير الموارد المخصص لها، (الصحة ليس لها ثمن ولكن لها تكلفة وهذه التكلفة مافتئت تتضاعف) ولم يجد أي نظام سياسي كيف يوفق بين هذا اللاتوازن. ومن جهة أخرى كيفية توظيف

(1) CLAIRE Brisset et JACQUES Staufflet,Op. Cit .p . 435.
(2) LAMRI Larbi. Le financement du système de santé, Réalités, enjeux et perspectives. gestionnaire, Alger : Revue de l'école nationale de la santé publique, n° spécial,Alger, juillet 1998, p. 28.

التقنيات المتطورة والمحافظة على العدالة الاجتماعية، أي منح فرص متساوية للعلاج أمام كافة المواطنين.

نتساءل الآن بعد ما رأينا صعوبة العائق المالي، والذي يطبع جميع دول العالم، هل هناك عناصر أخرى تعرقل السير الحسن للنظام الصحي وتتصف بالشمولية ونقصد بذلك السلطة وإشكاليتها في المستشفى؟ فما هو المفهوم الذي تأخذه السلطة ومجالاتها؟ هذا ما سنعرفه في المحور الآتي.

إشكالية السلطة في المستشفى:

ليس هناك جدال كبير في أن السلطة هي التي تجسد التنظيم وتعطيه قيمته الفعلية، وبفضلها يستطيع الإنسان المسؤول أن يضع استراتيجية تتمثل في التخطيط ووضع السياسات والبرامج المستقبلية، سواء كانت قصيرة المدى، أم متوسطة المدى، أو طويلة المدى، وذلك باتخاذ القرارات الإلزامية، كما يتم توزيع المسؤوليات والقيام بتنسيق المجهودات في العمل، بحيث لا يبقى أي موظف تائهاً، أو عرضة للأوامر المتضاربة، التي قد تأتيه من بعض المسؤولين غير المنسجمين في العمل. وقبل التطرق إلى التعقيدات التي تصاحب السلطة سواء كانت في المنظمات الإدارية البحتة أو في المنظمات المعقدة مثل المستشفى، يجب أن نقوم أولاً بتعريف موجز للسلطة حتى يسهل علينا فهم محتواها. فما المقصود يا ترى بالسلطة؟

تعرف بأنها (المقدرة (وليس القوة) على اتخاذ القرارات الإلزامية التي يطبقها الآخرون، وإقناع الأفراد بالامتثال والتماشي مع السياسة

المرسومة) [1]. كما يمكن أن نعرفها بأنها (الطاقة والقدرة التنظيمية الرسمية المتولدة والناجمة عن استعمال حق منه حق استعمال قوة الأمر والنهي من طرف السلطة الإدارية المختصة وواجب الخضوع والطاعة من قبل العاملين العامين المرؤوسين طبقاً لمبادئ وقواعد القانون واللوائح والقرارات الإدارية ووفقاً للمبادئ والأحكام العلمية والفنية والعملية اللازمة لمقتضيات ولوازم حسن سير الوظيفة الإدارية بانتظام واطراد، من أجل تحقيق المصلحة العامة).[2]

ومن خلال هذه التعاريف للسلطة، يمكن أن نستخرج جوانب وعناصر تحديد مفهوم وفكرة السلطة، وهي كما يلي:

1. إن فكرة السلطة الإدارية هي طاقة وقدرة تنظيمية رسمية.
2. إن فكرة السلطة هي قوة مشروعة.
3. إن فكرة السلطة هي سلطة مقيدة ومشروطة وليست مطلقة واستبدادية.

ومن بين التعاريف الكثيرة التي أعطيت للسلطة هذا التعريف الذي يرى أن:

(السلطة هي قدرة الأشخاص أو الجماعة على التأثير على أشخاص أو جماعة أخرى)[3]. وهي بذلك مرتبطة بعملية القيادة Leadership، أي فن

(1) عمار بوحوش، نظرية التنظيم، الجزائر: مكتبة الشعب، ب.ت ، ص 31.

(2) عمار عوابدي، مبدأ تدرج فكرة السلطة الرئاسية، الجزائر : المؤسسة الوطنية للكتاب، 1984، ص 222.

(3) منصور بن لرنب، محاضرات في التنمية الإدارية والبيروقراطية، ألقيت على طلبة الدراسات العليا، جامعة الجزائر: معهد العلوم السياسية والعلاقات الدولية، 1420هـ/1999، ص 36.

التأثير Influence على تنفيذ القرارات وشحذ الهمم لتحقيق الأهداف المسطرة[1]

والسلطة بهذا المعنى تنفرد بظاهرة مهمة هي المرونة ثم كيفية فهمها من كل شخص، وبما أن قدرة المسؤولين على توجيه الأفراد متفاوتة وتختلف من قائد إلى آخر فإن هذه النسبة تبرز بوضوح في السلطة. ومن أبرز المسائل التي تزيد في تعقيدات السلطة هي أن هذه الأخيرة تبنى على الثقة والتفاهم بين المسؤولين ومساعديهم ففي كل مسألة تتم المفاهمة في شأنها فيتنازل كل طرف عن جزء من أفكاره إلى درجة أن تلك المشاورات والمفاوضات قد تؤدي إلى بروز خطة جديدة مغايرة للخطط السابقة.

ومما تجدر الإشارة إليه أن هناك مشكلة أخرى لا يمكن تجاهلها عند الحديث عن السلطة، وهي أنها مرتبطة إلى حد كبير بالعلاقات الشخصية التي يمكن أن تقام بين مسؤولين تجمعهم رابطة العمل. فالإنسان المسؤول يحاول دائماً أن يتكيف مع الظروف ويعمل ما يرضي رؤساءه وضميره.

إن القيم الاجتماعية والعادات والتقاليد تؤثر هي الأخرى في نظرة الأفراد إلى السلطة و تعلقهم بها أو نفورهم منها، ومن ثم فإننا نعتبر التنظيم الفعال هو ذلك الذي يعطي الأفراد الدليل القوي أنه من مصلحتهم طاعة القرارات والتماشي مع السياسة العامة المرسومة .

(1) JEAN Marie Clement, les pouvoirs à l'hopital, Paris : Breger levrant, 1990, p. 8.

وعموماً هناك عدة عوامل تجعل الأفراد يطيعون ويتماشون مع قرارات السلطة لأنهم يثقون في القائد الذي يتزعم منظمتهم، أو أن الأشخاص قد يمتثلون لأن الإنسان الذي اتخذ القرار له مؤهلات مهنية تسمح له أن يتخذ أي قرار تفرضه الضرورة وتقبل كلمته في الحال. وهذه حالة الطبيب الذي يسمح له الأفراد بشقهم وإجراء العمليات الجراحية على الأماكن الحساسة من أجسامهم ويمكن تعميم هذا المثال على الحلاق الذي يقص شعرهم، و البناء الذي يبني مساكنهم كما أن الأفراد قد يطيعون القرارات الصادرة من أعلى لأنها جاءت من الشخص المسؤول في القمة وذلك حق من حقوقه الطبيعية. بالإضافة إلى عدة عوامل تجعل الأفراد يطيعون قرارات السلطة كتلك المتعلقة بقائد العمل، أو الانتماء، أو الإجبار، واستعمال النفوذ القانوني وغيره.

وما يمكن استخلاصه من هذه العوامل المتعددة لقبول قرارات التنظيم والالتزام بها هو أن نجاح أية مؤسسة يتوقف على مدى قدرة الشخص المسير على خلق التأييد الشعبي وجعل الأفراد يتماشون مع سياستها المرسومة طواعية ودون ضغوط خارجية.[1]

لكن، إذا كانت السلطة بتعاريفها العديدة وعوامل تقبلها المتعددة من طرف الأفراد والجماعات في المنظمات الإدارية البحتة فإنها تطرح عدة إشكالات بالرغم من الدعم القانوني والتنظيمي لها، فكيف تكون نوعية

---

(1) عمار بوحوش، نظرية التنظيم، المرجع السابق الذكر، ص 34.

هذه السلطة في المنظمات المعقدة ذات الأنشطة المختلفة والمتباينة، ونقصد بذلك المستشفى.

فعلاً، إن التمييز الرئيس للنشاطات في المستشفى يكمن في الاختلاف والفرق بين التنظيم الإداري والهيئة الطبية. فالمستشفى كتنظيم لا يستطيع ممارسة الطب، ذلك أن الأطباء فقط هم المرخصون قانوناً لممارسة الأعمال الطبية، والهيئة الطبية إلى حد بعيد تحكم نفسها بنفسها ولها تركيزها الأساسي على النواحي العلاجية، وهي في غالبية المستشفيات العامة لها هيكلها الذاتي الذي يرأسه المدير الطبيب.[1]

زيادة على هذا، فإن الدرجة العالية في التمييز والتخصص في النشاطات يخلقان قضايا تنسيقية بالغة الحساسية في المستشفى، والمشكلتان الأساسيتان المطروحتان هنا، هما: نظام السلطة المزدوج، والدرجة العالية من التخصص. ومع أن التنسيق بواسطة الهرم الإداري صعب ومعقد للغاية، فإن المستشفيات تستخدم بشكل واسع وشامل القواعد والإجراءات التنظيمية الإدارية لغايات التنسيق، وهذه الوسائل التنسيقية هي أكثر ما تكون فعالة في الأعمال الروتينية والمبرمجة. ومع ذلك وبسبب تباين المشكلات المصاحبة لعملية العناية بالمرضى ومعالجتهم، فإنه من المستحيل الاعتماد اعتماداً كلياً على الإجراءات الإدارية لغايات التنسيق، لذلك فإن لإحدى الوسائل الأساسية لتحقيق التكامل بين

(1) لتفادي هذه المعضلة أصبحت المسؤوليات المختلفة في القطاع الصحي تسند للأطباء مع تكوين في إدارة المستشفيات. أو تسير من طرف مختصين في الإدارة الصحية، فهناك مدارس ومعاهد وفروع مختصة في ذلك، إلى جانب كليات الطب والصيدلة وعلم النفس.

الأنشطة المتعددة والمختلفة هو التنسيق التطوعي والرغبة من جانب مختلف المشاركين للعمل معاً بشكل فعال للتعامل مع الأعمال غير العادية وغير الروتينية[1] .

إن القوة الأساسية التي تكفل التنسيق التطوعي هي نظام القيم الكلي الذي يؤكد على رفاهية ورعاية المريض كهدف مشترك وأساسي لكل عناصر التنظيم. علماً بأن مجموعة القيم تدخل في خانة التنظيمات غير الرسمية التي يجب أن تتماشى والتنظيمات الرسمية. وهو موضوع في غاية الأهمية لتجنب البيروقراطية المنغلقة والسلبية.

لقد رأينا آنفاً أن التنسيق بين مختلف التراكيب البشرية للمستشفى في ممارسة السلطة بواسطة الهرم الإداري صعب للغاية، فما هي إذاً الصورة التي يأخذها هيكل السلطة في المستشفى؟

إن الصفة الأساسية للنموذج البيروقراطي هي هرم السلطة المنفرد وفي المستشفى ليس هناك خط واحد للسلطة، وعلى هذا الأساس فإن السلطة في المستشفى سلطة مشتركة (ليس بالتساوي) بين مجلس الأمناء أو المجلس الإداري، والأطباء، والمدير، التي تعتبر بمثابة مراكز القوى الثلاثة في التنظيم و لحد ما مدير التمريض، فالسلطة في المستشفى لا تنبثق من مصدر واحد أو منفرد ولا تتسلسل عبر خط منفرد كما هو الحال في غالبية التنظيمات الرسمية .

---

(1) فيريمونت كاست وجيمز روزينونغ، المرجع السابق الذكر، ص 65 ـ70 .

إن كلاً من هذه المجموعات الثلاث: مجلس الأمناء، والمدير، والأطباء، لديها الأساس لممارسة السلطة الشرعية داخل المستشفيات. ويبين الباحث هنيسي Hennessy أساس هذه الشرعية على النحو التالي:

1. المجموعة المسؤولة قانونياً في المستشفى هي مجلس الأمناء، المدير الإداري، لذلك ينبغي أن يكون هؤلاء هم صانعو السياسة.
2. إن النشاط الأساسي في المستشفى هو العناية الطبية بالمرضى، وهو من اختصاص الأطباء لذلك يترتب عليهم تحديد سياسات التنظيم.
3. إن الشخص الأكثر معرفة بكل مراحل سير العمل في المستشفى هو الشخص المهني والمتفرغ الوحيد الذي يتمتع بإدراك وفهم واسع، والذي يجب أن يقرر السياسة.

فكل مجموعة من هذه المجموعات لديها الأساس لممارسة السلطة ولكن خطوط السلطة ليست مرسومة بشكل واضح منفرد، فهناك العديد من التداخل بين مصادر السلطة هذه مما يولد بينها أسباب الصراع، ومن الصعب اختيار مجموعة من المجموعات الثلاث المصاحبة للسلطة المركزية، فالسلطة مشتتة ومشتركة أكثر من أن تكون ملتصقة بالسلم الهرمي وخاضعة له.

وهناك طريقة أخرى للنظر إلى هذه العلاقة ضمن أنظمة فرعية تنظيمية، فمجلس الأمناء له دور استراتيجي يتعلق بربط المستشفى ببيئته الاجتماعية ومساعدته في الحصول على المصادر الضرورية لتشغيله،

والمدير له دور استراتيجي ودور تنسيقي في التفاوض مع المصادر المختلفة وتحقق التكامل والتنسيق بين نشاطات المشاركين في التنظيم، والهيئة الطبية لها الدور الفني الأساسي فيما يتعلق بمعالجة المرضى، وليس هناك خط للسلطة بين هذه الأنظمة الفرعية، بل إنها ثلاثة مصادر منفصلة للسلطة تجري ممارستها داخل التنظيم الاجتماعي نفسه [1].

ونشير بأن هناك نظاماً يسمى بالنموذج المصفوف وهو خاص بتسيير نظام عمل قسم أو مصلحة ما، بحيث يتكون من الطبيب الذي يعتبر مدير المشروع والذي يعمل على تحقيق التكامل بين نشاطات المرضين، وأخصائي التغذية والمعالجة الطبيعية، والباحثين الاجتماعيين وغيرهما. وهناك من يرى، كالأستاذين جونسن وتانقي (Johnson & Tingey) أن المرضة هي الشخص المنطقي لترأس فريق العناية بالمريض، ويقولان بأن الطبيب غير متواجد بشكل كاف لتنسيق تطبيق برامج العناية بالمريض، ويتمثل دور المرضة هنا في توفير التكامل وتنسيق جهود أعضاء الفريق الوظيفي، وتعتبر هذه الفكرة حسب رأينا المتواضع أقرب إلى الصواب نظراً للوزن الذي يمثله العنصر شبه الطبي وهيئة التمريض Nursing Staff في الفريق الطبي بشكل عام وفي العناية وتقديم العلاج بشكل خاص، إذ يعتبر الممرض العمود الفقري في المنظمات الاستشفائية، والممرض هو الشخص الوحيد المتواجد بجانب المريض عبر كل مراحل علاجه وفي كل الأوقات.

---

(1) فيريمونت كاست و جيمز روزينونغ، المرجع السابق الذكر، ص 70.

بالإضافة إلى هذه المجموعات الثلاث، هناك سلطات أخرى ممثلة في سلطة النقابة، وسلطة المرضى، وسلطة التفتيش التي تقوم بها جهات معينة بحيث تسهر على تطبيق النصوص والقوانين ومدى تطبيق السياسات المتفق عليها، إذ يتم التفتيش السياسي والإداري والقانوني وتفتيش الدولة المباشر الذي يتم في الأعمال التالية:

1. مراقبة الأعمال.
2. مراقبة الأشخاص.
3. الوصاية على الإداريين.
4. مراقبة المدير.(1)

أخيراً، نقول إن تنوع هيكل السلطة يخلق تشتتاً في وظيفتي التخطيط والرقابة. فمجلس الأمناء يقرر في القضايا المالية الكبيرة والقضايا التنظيمية الأخرى، والهيئة الطبية لديها المعرفة الفنية، وبالتالي فهي تقرر في القضايا الخاصة بالعناية بالمرضى ومعالجتهم، والجهاز الإداري مسؤول عن تشغيل المستشفى ويجب أن يضطلع بالتخطيط الإداري والرقابة التنظيمية. وعلى هذا الأساس يمكن القول إن هناك علاقة وطيدة وفريدة بين السلطة المستمدة من المركز ممثلة في الهرم الإداري وسلطة المعرفة (السلطة الفنية) ممثلة بالأطباء والمهنيين الآخرين وهذا يخلق هيكلاً مشتتاً ومتميزاً، لأن السلطة في المستشفى لا تنبثق من مصدر واحد أو منفرد ولا تتسلسل عبر خط واحد منفرد كما هو الحال في غالبية

(1) JEAN Marie Clement, les pouvoirs à l'hôpital, Op. Cit.p.17.

التنظيمات الرسمية، وبهذه الخاصية تكون السلطة في المستشفى سلطة مشتركة ليس بالتساوي بين عدة مجموعات (ثلاث على الأقل) ولكل مجموعة الأساس لممارسة السلطة، ولكن خطوط هذه السلطة ليست مرسومة بخط واضح، فهناك تداخلات عديدة مما يولد بينها أسباب الصراع، ولهذا فإن التفاهم بين الرؤساء ومعاونيهم في السلطة والتجاوب بين المتخصصين والمسيرين هو الأساس المتين لأي تنظيم ناجح. وإذا كانت السلطة هي المقدرة على اتخاذ القرارات الإلزامية التي يطبقها الآخرون وإقناع الأفراد بالامتثال والتماشي مع السياسة المرسومة، فالسلطة بهذا المعنى تنفرد بظاهرة مهمة وهي المرونة والفعالية، وهذا ما يجب أن تكون عليه السلطة في التنظيمات الاستشفائية ذات النظام النفسي والاجتماعي المعقد. ونستطيع القول بأن إشكالية السلطة لا يتم حلها فقط بالتنظيم الرسمي البيروقراطي الصارم، بل لا بد من التنظيم غير الرسمي الذي يولي أهمية خاصة للقيم الإنسانية ودور المجموعات المختلفة في المستشفى والذي من شأنه المساهمة في إدارة الأزمات ومن بينها أزمة الصحة.

إدارة أزمة الصحة:

في الحقيقة إن إدارة أزمة الصحة أو بالأحرى أزمة النظام الصحي العمومي تأتي من عمق الأزمة الحضارية والثقافية، وإذا كانت هذه الأخيرة هي مجموعة الأفكار الموجهة والمعارف المتعلقة بكل ما يشكل عموماً الظواهر الاجتماعية لدى جماعة من البشر، وتنتقل هذه المعارف بواسطة التربية، لكن هي دائماً في تحولات بالطريقة التي يثقف بها الناس حقل

وجودهم، فهي تكون في نفس الوقت بالعادات والتقاليد والإنتاج وإعادة توزيع الإنتاج والاختراع والإبداع العلمي والفني.

والثقافة كما يقول الأستاذ حسن جابر هي (التعبير عن حالة الانسجام والاتساق في أحوال وتفكير تطلعات وسلوك وعادات وعلوم وفنون مجتمع من المجتمعات، بحيث إذا نظر المجتمع من الخارج ظهر مستوياً ومهذباً خالياً من النتوءات المنفرة)[1]. وهذا لا يتحقق إلا من خلال التثقيف المستمر، والتثاقف الواعي، وتحديد المشروع الحضاري الثقافي الأصيل والمتجدد في آن، مع ربط ذلك بالخصوصية والوسط أو المحيط المجتمعي الحضاري.

إذن، من هنا تطرح إشكالية الأزمة الحضارية ـ الثقافية بصفة عامة، وإشكالية الثقافة الصحية التي هي محور دراستنا بصفة خاصة. وبالتالي لا يمكن تصوير السياسة الصحية دون الانطلاق من منهاج تفكير سليم يجدد الثوابت والمعالم والمتغيرات في الأهداف، وبعبارة أخرى، لا يمكن التحكم في إدارة وتنظيم وتسيير المستشفيات العمومية الجزائرية دون تحديد الأبعاد السياسية والتنظيمية التي هي جزء من هذا الكل الحضاري والثقافي.

إن حقيقة الأزمة الثقافية تكمن بالمرة في الجهل أو التجهيل بالعادات والقيم الحضارية للمجتمع، وعدم القدرة على اختيار مشروع ثقافي واضح المعالم والأهداف. إن ما يميز الأزمة الثقافية الحالية هو القلق وعدم القدرة

---

(1) حسن جابر، الثقافة الإسلامية، الماهية والمشروع، مجلة المنطلق، لبنان، العدد الواحد والستون، جمادى الأول 1410هـ ـ كانون الأول 1989م، ص 13.

في تسيير الدواليب الاقتصادية والتقنية وذلك لنقص التحكم في المعلوماتية. فالاتصال[1] ليس مجرد الحديث أو التحدث، والمعلومات ليست المعرفة بل التعلم، هذه الأمور من شأنها أن تضيف للمنظومة الصحية عراقيل وأزمات منها ما تم التعرض إليه سابقاً، ومنها ما نتطرق إليه الآن.

لنبدأ أولاً بأزمة المسيرين، أي بمعضلة المسير الإداري؟

منذ نهاية الحرب العالمية الثانية وحتى السبعينيات ومدة 30 سنة الأخيرة ونفقات الصحة كما رأينا لم تتوقف عن الزيادة، ولكن دون ما تخلق مشاكل في التسيير أو التمويل. والتطور الاقتصادي ظهر بأنه باستطاعته تحمل هذا النمو، ومن جهة أخرى يساهم في التقدم الطبي، ويكون الطلب على الصحة في متناول الجميع ودون تفرقة وليس لها استيلاء، ولكن فيما بعد تطورت النفقات الصحية أكثر من تطور النمو الاقتصادي مما جعل نوعاً من اللاتوازن، وزيادة بالتالي في المعدل اليومي للاستشفاء. كل هذه الأمور أكدت أنه يجب أخذ بعض المقاييس للتحكم في النفقات في حدود يسمح للمجتمعات مواجهة احتياجات الصحة و ضمان الحماية الحقيقية والفعالة.[2]

(1) إن عملية الاتصال ـ وخاصة الاتصال العلمي الهادف ـ لا تعني بأنه عملية فنية لتبادل الأفكار والمعلومات بصفة محايدة، وإنما هي عملية فنية ـ سلوكية لتبادل المعرفة من أجل إيجاد انسجام فكري مشترك وفهم واعٍ وثقة بين العناصر الإنسانية، سواء في علاقة القاعدة بالقمة، أو سواء داخل المنظمات والمؤسسات. راجع : منصور بن لرنب، محاضرات في نظريات الإدارة العامة ، ألقيت على طلبة الدراسات العليا، جامعة الجزائر، معهد العلوم السياسية والعلاقات الدولية، 1420هـ/1999م. ص 54.

(2)BERNARD Honore, Op.Cit . p. 104.

من هنا برز الاهتمام بإدارة اقتصاد الصحة وتضاعف نفقات الصحة مع بروز مشكلة غياب العدالة في توزيع الخدمات الصحية بين مختلف الشرائح الاجتماعية. وكما نعلم أن كل إشباع طلب يظهر احتياجاً أو طلباً جديداً، وبالتالي نفقات أكثر، إنه لصالح مديري المؤسسات الاستشفائية القيام بدراسات دقيقة وشاملة حول التكاليف المالية الباهظة، خاصة وأن جل الدراسات والتصورات والمشاهد كما يرى ج. أتالي J.Attali ثبتت عدم القدرة على تقييم حقيقي وتقويم صحيح للعلاجات المقدمة، وكذا نوعيتها، ولكن أمام هذه المشكلة نطرح السؤال الجوهري، كيف ستحل أزمة تسير الصحة؟ وإدارة أزماتها واحتوائها؟

في الوقت الحاضر لا أحد باستطاعته بحث الوسائل التي من شأنها الحد من نفقات الصحة قبل الشروع حقيقة في التفكير في جملة مظاهر أزمة الصحة ومحاولة التعمق في سياسة صحية جديدة. والسؤال الذي يمكننا طرحه في هذا المقام هو: ألم يحن الوقت بعد لإيجاد تنظيم علمي ناجح وفعال لتنظيم السلك الصحي من خلال المؤسسات الاستشفائية أو المستشفيات؟

لقد تم تصور عدة بدائل ومشاهد كما يقول الأستاذ ج.أتالي J.Attali ،منها مثلاً: الرقابة المتشددة للأطباء من قبل صناديق التأمين، وأخرى خاصة بدفع مقابل الفعل أو العلاج، ومراقبة الوصفات الطبية، وبصفة عامة تسوية السلوك العلاجي، لكن هذه المراقبة أثبتت عدم جدواها، بل أفرزت عدة نزاعات وبالتالي فهناك عدة مجالات أخرى يمكن مراقبتها من شأنها الحد من تضاعف نفقات الصحة، مثل الوقاية وأخذ

بعض الاحتياطات بشأن بعض الأمراض ورفع المستوى المعيشي، والتحسيس والتوعية وغيرها[1].

لكن هل المستشفى بمنأى عن هذه الأزمة؟ إذا كانت الإدارة هي التي تنفذ السياسة العامة للدولة فإن مؤسسة المستشفى هي التي تنفذ السياسة الصحية للنظام الصحي، وبالتالي لمؤسسة المستشفى أزمتها ومشكلاتها المعقدة والمتداخلة كذلك.

يقول المؤرخ س. ميلارد (C.Maillard) بأن أجمل أيام المستشفى هي السنوات ما بين الأعوام 1952م و 1972م، ويقول البعض الآخر بأنه العمر الذهبي للمستشفيات حيث تميزت هذه المرحلة بمجهودات معتبرة تمثلت في البناء والتجديد والعصرنة، ثم الاهتمام بالقضايا الإنسانية وكذا بالاستثمار المعتبر في الوسائل التقنية مما أدى إلى التطوير التكنولوجي في المجال الطبي. أما في الجزائر فيمكن اعتبار المرحلة ما بين سنوات 1974م (مرحلة إنشاء الطب المجاني) إلى بداية الثمانينيات، هي المرحلة التي لم يعرف فيها النظام الصحي أشكالاً خاصة في مجال التمويل واقتناء المعدات والأجهزة، بغض النظر عن النتائج أو تحسين الحالة الصحة للمجتمع. وسنعود إلى هذا الموضوع بكل التفاصيل.

هذا التقدم الذي عرفه المستشفى العمومي أخذ ينتقل إلى الخواص مما خلق نوعاً من الصراع والمنافسة، وحتى بين المستشفيات العمومية ذاتها (لكن ليس في الجزائر)، حتى أصبح في بعض الأحيان عدد الأسرة في

(1) BERNARD Honore, Op, Cit. p. 105.

مستشفى ما، يفوق الاحتياجات وبالتالي مضاعفة النفقات دون مردودية الشيء الذي يستدعي الإسراع في إيجاد حل توازني وفعال ومستمر.

ولكن بعد النجاح والتقدم الذي عرفه المستشفى بدأ نوع من الانحطاط وطغت عليه اللاإنسانية وكثرة الأخطاء المهنية، وكذا عدم رضى عمال الصحة مما يقدم لهم نظير خدماتهم الجليلة، هذا لا يعني أن أزمة شبه الطبيين أقل، بل هي أكثر وأخطر، فالمظاهرات والنزاعات التي قامت بها هذه الشريحة الاجتماعية ليست ذات طابع اجتماعي فقط وإنما أيضاً الاعتراف بالمهارات والخصوصيات التي طورتها هذه الشريحة، والتي تبرهن بأنها أصبحت الآن الشريك الكامل في النشاط العلاجي والطبي بصفة عامة. وأمام استفحال هذه الأزمات والعراقيل، جعل الإدارة بالأزمات لا للأزمات، لذلك يجب التفكير في الإصلاحات الجذرية، فماذا عن هذه الإصلاحات ؟

لا بد من التوقف عند المحطات الآتية:

في البداية يجب إعادة الاعتبار للمهام الأساسية للمستشفى العمومي لكي يتكفل بالمرضى، والاستعجالات، والاستقبال بصفة دائمة، وأن يكون المستشفى متفتحاً، ومفتوحاً على محيطه، إذ إنه ذلك المكان المفضل للبحوث العلمية والطبية والاجتماعية والاقتصادية، وبالتالي فالإصلاحات يجب أن تشمل الاهتمام بالمجالات التالية:

الجانب الاقتصادي: وهو الأخذ بعين الاعتبار نفقات الصحة من خلال إدارة اقتصاد الصحة إدارة رشيدة وفعالة.

الجانب الطبي: كالتطورات التكنولوجية وازدياد التخصص من خلال العناية بالجامعة والبحث الطبي.

الجانب الاجتماعي: كالرعاية الصحية والطبية لكل الفئات التي لها مشكلات في الحياة المجتمعية، بحيث تشمل جميع الأعمار، وتقرب العلاج من المواطنين خاصة في الأرياف والمناطق النائية المحرومة، وإزالة الفوارق الجهوية والمحسوبية والرشوة.

الجانب المهني: تحويل النظرة السائدة حول دور وسلطة الطبيب إلى فكرة العمل ضمن جماعة متعددة الاختصاصات، في إطار روح الفريق.

الجانب التنظيمي: كإدراج نماذج تسييرية جديدة تتماشى مع المعطيات الجديدة، وخلق علاقات عمل[1]،و توضيح السياسة الصحية المتبعة والرد على المتطلبات الاجتماعية واستعمال أحسن للمعارف والمهارات التكنولوجية من خلال السياسة التكنولوجية الملائمة للمجتمع.

- تطوير علم الأوبئة وتحديد المسؤوليات والأدوار وتعميم المعلومات وتحسين مهام المستشفى في جميع مهامه.
- إصلاح القوانين ومشاركة الأطباء في التسيير الإداري، وهذا لا يكون إلا من خلال إصلاح المنظومة القانونية والإدارية الشاملة.
- التأكيد على العلاقات العامة الطيبة والمثمرة بين المنظمة والجمهور التي تتعامل معه[2] مع الاهتمام بأخلاقيات الطب أو أخلاقيات المهنة.

(1) BERNARD Honore, Op, Cit. p. 107.

(2) عبد الكريم درويش و ليلى تكلا، أصول الإدارة العامة، القاهرة: مكتبة الأنجلو مصرية، 1976، ص 63.

وعلى العموم فإن مجمل هذه الإصلاحات تشكل كلاً متماسكاً، ولا معنى لإصلاح واحد أو جزء إلا بإصلاح الآخر.

حقيقة فإن المستشفى أصبح فسيفساء من الثقافة التنظيمية، التي سندرسها فيما يلي، ولا يظهر بأنه يتغذى من تاريخ واحد، حيث في هذه الفسيفساء هناك بعض الثقافات المهيمنة وهي قبل كل شيء ثقافة الأطباء بلغتهم التي لا تسهل من عملية الاتصال مع باقي أعضاء التنظيم، كما أنه هناك ثقافات أخرى. وبالرغم من الجهود المبذولة تبقى دون المستوى المطلوب، إنها على الخصوص ثقافة المرضين الذين يبحثون عن غرس جذورهم بواسطة قيمهم الخاصة، ومفاهيمهم وكذا خطابهم. وهناك إطارات الإدارة الوسطى التي تتولى عمليات الاتصال بين المدير والعمال من جهة، وبينها وبين الجمهور من جهة ثانية.

الفصل الثاني

الأبعاد القيمية والثقافية في عمليات التنظيم والتنسيق واتخاذ القرار داخل المستشفى

- تمهيد .
- الثقافة التنظيمية والقيم داخل المستشفى .
- عمليات التنسيق والتعاون والاتصال .
- تعريف الثقافة التنظيمية .
- مفهوم القيم.
- عملية صنع واتخاذ القرار .
- الجماعات الوظيفية.

الفصل الثاني
الأبعاد القيمية والثقافية في عمليات التنظيم والتنسيق واتخاذ القرار داخل المستشفى

تمهيد :

في هذا الفصل الثقافة التنظيمية والقيم داخل المستشفى عبر تعريف الثقافة التنظيمية ومفهوم القيم، إضافة إلى التطرق إلى الجماعات الوظيفية وعملية صنع وإتخاذ القرار وكذلك عمليات التنسيق والتعاون والإتصال.

الثقافة التنظيمية والقيم داخل المستشفى :

الثقافة التنظيمية والمناخ التنظيمي: يستخدم عادة المناخ التنظيمي كمرادف للثقافة التنظيمية، ولكن هناك بعض الاختلافات بين المفهومين، فالثقافة تتعلق بطبيعة الاعتقادات والتوقعات حول حياة العمل في المنظمة، في حين أن المناخ التنظيمي يعد مؤشراً حول ما إذا كانت هذه الاعتقادات والتوقعات قد تحققت فعلاً أو لا.

على هذا الأساس يعتبر المناخ التنظيمي هو ما يعكس إدراك الفرد في المنظمة نحو انتمائه لها، وعليه فالمناخ التنظيمي يتحدد بنوعية الأبنية الداخلية للمنظمة، وهي القيم والخصائص والاتجاهات التي لها صفة الاستقرار النسبي التي تؤثر في سلوك الأفراد وتتشكل من خلال فلسفة الإدارة وممارساتها.[1]

وعليه فإن دراسة الإطار الثقافي والاجتماعي للمنظمة يساعد على فهم وتفسير سلوك الأفراد و سيكولوجياتهم والقيم التي يؤمنون بها. فأهمية الوقت، والسلوك المنظم، والمثابرة والرغبة في الإنجاز، والإرادة وإتقان العمل و الصدق

---

(1) سعيد علي العنزي، المرجع السابق الذكر، ص 69.

...إلخ، هذه كلها شروط ضرورية للنجاح في أي ميدان، وأن كيفية استخدامها يختلف باختلاف الثقافات، كل هذه المعلومات تساعد رجال التسيير على تحليل تصرفات العمال والتنبؤ بهذا السلوك والتحكم فيه ومعرفة كيفية تأثير الأفراد في سلوك بعضهم البعض، وكيفية تفسير الظواهر الإنسانية المتمثلة في مشكلات واعتراضات يثيرها العمال ضد ما تحدثه المؤسسة من تعديلات في أنظمة العمل. وبناء على هذه المعطيات يمكن لإدارة المؤسسة رسم السياسة الناجحة والكفيلة بتوجيه سلوك الأفراد الوجهة المرغوبة. إن للمستشفى أهدافاً كثيرة ومتعددة سبقت الإشارة إليها في مقدمة هذا العمل، وللتأكيد فإن الهدف الرئيس هو تلبية حاجات المريض بالنسبة للمعالجة والعناية الطبية، وبالمقابل نجد أن كل مجموعة من المجموعات المشاركة في التنظيم (أي التركيبة البشرية) تفسر وسائل تحقيق هذه الأهداف من منطلق نظمهم القيمية ومتطلباتهم، كما أن الأهداف الإضافية الأخرى للمستشفى كالتكوين الطبي والشبه الطبي والبحث في العلوم الطبية يجب أن تكون متكاملة في التنظيم. هذه المهام والنشاطات تجعل من المستشفى بمثابة فندق ومركز للمعالجة ومختبر وجامعة، كذلك هذه النشاطات تمتاز بدرجة عالية من التخصص، الشيء الذي جعل عدة أفراد ذوي تخصصات مهنية وفنية متعددة ومختلفة تشارك فيها، مما يطرح مشاكل كبيرة فيما يخص التنسيق والسلطة(1).

إن التركيز على العناية بالمرضى وحسن التكفل بهم يسري في نظام القيم وأهداف المستشفى، رغم القيود والضغوط الاقتصادية والعوائق المالية والتطور التكنولوجي والقدرات التنظيمية.

---

(1) فريمونت كاست وجيمز روزنيويغ، المرجع السابق الذكر، ص 69.

إن حسن التكفل بالمريض هو أحد قيم المجموعات المهنية المختلفة العاملة في المستشفى بداية من قسم أبقراط (أي قسم الطبيب حالياً) إلى قانون أخلاقيات المهنة، وهذه القيم البارزة والمشتركة تؤدي عملاً حيوياً في توحيد نشاطات جميع المشاركين في نظام المستشفى وتساعد على تشغيل المستشفى بشكل فعال وتدفع كل مشارك إلى القيام بمهامه المهنية والمتخصصة باتجاه عام، وهكذا يقومون بتنسيق تطوعي لهذه النشاطات.

وتتأثر دوافع الأفراد بالإطار الثقافي والاجتماعي المحيط بالمنظمة، ومن هنا تظهر أهمية دراسة هذا المجال الذي يسمح لرجال التسيير بتنظيم العمل بطريقة تكون أكثر استجابة للحاجيات الذاتية للعامل، ومن ثم يكون لها قيمة وأهمية كبيرة في تحفيزهم لرفع كفاءتهم الإنتاجية أو الخدماتية.

الجماعات الوظيفية:

وعلى ذكر الجماعة، فإن المنظمة تضم العديد من الجماعات منها الجماعات الرسمية وغير الرسمية، فالجماعات الرسمية تتمثل في المجموعات الوظيفية وفرق العمل ومجموعات الصداقة ولجان العمل، إضافة إلى الجماعات غير الرسمية والتي توجد بالموازاة في كل التنظيمات الرسمية.

وتؤثر كل هذه الجماعات في السلوك كما يؤثر كذلك الإدراك في هذا السلوك نتيجة تباين مستوى أفراد المنظمة. والسلوك هو نتيجة التفاعلات مثل العادات والتقاليد والميول التي تحدد شخصية الفرد وتتحكم في سلوكه وتوجهاته وبالتالي في نتائج أعماله في المنظمة وفي

محيطه الاجتماعي. لذلك كانت الأهمية من دراسة الجانب الثقافي للأفراد، من أجل:

- تحديد قيمهم الثقافية والتي تساعدنا على التعامل معهم، ويساعدنا على التنبؤ بالسلوك الذي ينتج عنهم وردود أفعالهم عند اتخاذ بعض القرارات.
- التعرف على القيم الثقافية للأفراد يسمح باختيار الأشخاص والأفراد الذين يقومون أو يتوافرون على استعدادات فكرية وسلوكية لتحمل المسؤوليات في المستقبل.
- الاطلاع على دوافع الأشخاص من خلال معرفة أنماطهم الثقافية واتجاهاتهم يسمح لنا باختيار الحوافز المناسبة لهم وتتأثر دوافع الأفراد بالإطار الثقافي والاجتماعي المحيط بالمنظمة، ومن هنا تظهر أهمية دراسة هذا المجال الذي يسمح لرجال التسيير بتنظيم العمل بطريقة تكون أكثر استجابة للحاجيات الذاتية للعامل، ومن ثم يكون لها قيمة وأهمية كبيرة في تحفيزهم لرفع كفاءتهم الإنتاجية أو الخدماتية.
- معرفة قيم الأشخاص داخل المنظمة يمكننا من تكييفها مع قيم المنظمة، وهذه أهم الأعمال التي يقوم بها المدير، أي كيف يجعل من اختلاف قيم الأفراد عاملاً لتجميع و اتحاد هذه القيم مع قيم وثقافة المنظمة.
- وعلى مستوى محيط المنظمة، فإن معرفة قيمها يجنبنا التعارض في معاملاتنا مع هذا المحيط.

تعريف الثقافة التنظيمية:

عرفت الثقافة بالمفهوم الواسع ، كما يقول تايلور Taylor إنها: (ذلك الكل المركب الذي يشمل على المعرفة والمعتقدات والفن والأخلاق والقانون والعادات أو أي قدرات أخرى أو عادات يكتسبها الإنسان بصفته عضواً في المجتمع).

أما التعريف الثاني، وهو أقرب إلى وقتنا الحاضر، هو ذلك المقدم من طرف كوفيرون Kovairon حيث يرى أن الثقافة (تشمل القيم المادية واللامادية التي يخلقها الإنسان في سياق تطوره الاجتماعي وتجربته التاريخية وهي تعبر عن مستوى التقدم التكنولوجي والإنتاج الفكري والمادي والتعليم والعلم والأدب والفن الذي وصل إليه المجتمع في مرحلة معينة من مراحل نموه الاجتماعي والاقتصادي).

وهناك العديد من القيم الثقافية منها القيم الأساسية وتتمثل في الاستعداد لإنجاز العمل والقيم النظرية وهي التي تهتم بالبحث والتقصي بالإضافة إلى القيم الاقتصادية والجمالية والسياسية والاجتماعية والدينية.

نصل في الأخير إلى القول بأن الثقافة التنظيمية هي تلك القيم والمعتقدات والأهداف المشتركة بين عمال المنظمة والتي يقوم القائد بنشرها عند تحديد طريقة القيام بالأعمال المطلوبة، ويتركز بناء الثقافة التنظيمية على العناصر التالية:

- إحداث تناسق وانسجام بين أوضاع المنظمة والأساليب الإدارية المستخدمة مع أخذ التغيرات في البيئة المحيطة بعين الاعتبار.
- إحداث تغيرات في الأوضاع التنظيمية والأساليب الإدارية.

هناك ثقافة تنظيمية تهتم بالفرد وتعتبره مورداً استراتيجياً بينما تهتم ثقافات أخرى بالربح وتستخدم الفرد لتحقيق هدفها دون أخذه بعين الاعتبار، وتشجع الثقافة القوية على زرع قيم العمل الجدي والإبداع والكفاءة واحترام السلطة، بينما تغرس بعض الثقافات قيم الإهمال ومخالفة القوانين والتسيب، مما يجعل الأفراد العاملين يستهينون بالمنظمة وبعملهم[1]

تعتبر إدارة الموارد البشرية المسؤولة المباشرة عن توفير المناخ المناسب لعمل الأفراد والذي يساعد على تحسين مستوى أدائهم وتحقيق أهداف المنظمة، وقد اهتمت نظريات الإدارة التقليدية بتشجيع علاقات العمل الإيجابية وذلك بتكوين جماعات عمل متناسقة لرفع مستوى إنتاجية العامل، كما اهتمت النظريات الحديثة بتحسين نوعية ظروف العمل وتنمية المهارات وتشجيع العمال على المشاركة في القرارات، وتستعمل إدارة الموارد البشرية العديد من الوسائل لخلق الثقافة التنظيمية المشجعة والمناخ المناسب للعمل من خلال العناصر التالية:

- النشاطات الاجتماعية: حيث تسمح للأفراد بالاندماج واكتساب روح الولاء والانتماء للمنظمة والوفاء لها ولقيمها.
- تقدير درجة رضى العاملين.
- حسن إدارة الصراع التنظيمي.
- الاستماع إلى مقترحات العمال وأخذ آرائهم على محمل الجد.[2]

(1) الصيرفي محمد عبد الفتاح، الإدارة الرائدة، القاهرة: دار صفاء للنشر والتوزيع.

(2) وسيلة حمداوي، إدارة الموارد البشرية، قالمة (الجزائر): مديرية النشر لجامعة قالمة، 2004، ص176.

إذا يتبين لنا أن معرفة نسق القيم تساعد على تحديد ماهية المنظمة والاتجاه الذي تريد أن تتحرك في اتجاهه، وبالتالي يسمح هذا لرجال التسيير بالتفكير في إعادة البناء التنظيمي للمؤسسة وإعادة النظر في أساليب القيادة والرقابة حتى تكون مناسبة ومتفقة مع متطلبات شخصية العامل.

مفهوم القيم:

إن الجانب الثقافي والقيمي داخل التنظيمات تتمثل صوره الصارخة في اختلاف المظاهر الثقافية والسلوكية بين الإطارات والعمال عادة، وبين مختلف التيارات والانتماءات الثقافية للعمال.

وبهذا المفهوم يكون التنظيم كياناً اجتماعياً له حدود شفافة تتفاعل عبرها مختلف العوامل الداخلية والمحيطية، وهو يتكون أساساً من أفراد يعملون على تحقيق أهداف مشتركة[1]. أما القيم فهي نتيجة تفاعل مجموعة من الأفكار والخبرات والتجارب مما يؤدي إلى إيجاد نسق من الأحكام الثابتة نحو مختلف جوانب الحياة.

إن أهمية القيم في التنظيم تكمن في دورها في تحديد آرائنا وسلوكياتنا وتصرفاتنا التي تكون وفق القيم التي نحملها وهو ما يؤثر بدوره في فعالية التنظيم، والتركيز على القيم داخل التنظيم كونها

---

(1) جامعة الجزائر، معهد علم النفس وعلوم التربية، الثقافة والتسيير، أعمال الملتقى الدولي، المنعقد بالجزائر من 28 إلى 30 /1992/11 م وعلوم التربية، ص 188.

موجودة في مكان واحد وفي وقت واحد تحت ظروف واحدة... مما يؤدي إلى بروز دور القيم المجتمعية وأثرها السلبي أو الإيجابي على التنظيم.

إذن، يتبين لنا أن معرفة نسق القيم تساعد على تحديد ماهية المنظمة والاتجاه الذي تريد أن تتحرك في اتجاهه، وبالتالي يسمح هذا لرجال التسيير بالتفكير في إعادة البناء التنظيمي للمؤسسة وإعادة النظر في أساليب القيادة والرقابة حتى تكون مناسبة ومتفقة مع متطلبات شخصية العامل.

إن إغفال العوامل الاجتماعية والثقافية من شأنها أن تؤثر بدرجة كبيرة في كفاءة وفعالية المنظمة، ولعل هذا هو السبب الذي أدى إلى فشل العديد من محاولات نقل نظم التسيير الإداري الناجحة من مجتمع لآخر وحتى من منظمة إلى منظمة أخرى في نفس المجتمع، معتمدين في ذلك أساساً على المبادئ العامة للتنظيم والتسيير دون الاهتمام بالمتغيرات والعوامل البيئية التي تعمل في إطارها تلك المنظمات، وعلى هذا يمكننا القول بأن دراسة العوامل البيئية المحيطة بالمنظمة وما ينتجه التفاعل بينها من نسق قيمي هو البعد الغائب في الأبحاث الخاصة بتطوير المنظمات في مجتمعنا.

أما من جهة العوامل البيئية نقول إن هناك تفاعلاً بين مكونات المنظمة ذاتها وبين المنظمة والبيئة. إن التطورات المفاجئة والمثيرة في العلوم الطبية والتكنولوجيا في أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين أحدثت ثورة في دور ووظائف المستشفى، فلم يعد مكاناً للمرضى والفقراء لانتظار الموت، بل أصبح المؤسسة الرئيسة للمعالجة. ومنذ بداية القرن

العشرين وسع المستشفى حدود نشاطاته وتقلد دوراً أكبر في تقديم المعالجة الطبية والخدمات الصحية للمجتمع بشكل عام، ومع ذلك فإن العديد من القوى المؤثرة على المستشفى كتنظيم تتبعث من دوره المبكر والمحدود السالف الذكر، وكذلك الأمر بالنسبة للتقدم التكنولوجي والهيكل التنظيمي والنظام الاجتماعي النفسي والأنظمة الإدارية، فقد تأثرت أيضا إلى حد بعيد بالنمط التاريخي لتطور المستشفى.

إن العوامل والمؤثرات السالفة الذكر أدت إلى ما يسمى حالياً أزمة الصحة أو الصحة المريضة، فالاهتمام والقلق ليسا في مستوى المعرفة الطبية والتكنولوجية المستخدمة بل إنهما يكمنان في المشاكل المصاحبة للفعالية والكفاءة في توصيل العناية الصحية إلى جميع المواطنين. إن تنظيم الخدمات الصحية الحالية أشبه ما يكون بمجموعة من الأجزاء والقطع غير المتناسقة، إنه كالقطار المنفصلة عنه أجزاؤه (القاطرة والعربات)، بحيث يصبح لا معنى له أو ببساطة أنه لا يقوم بواجبه (نقل المسافرين) مما يؤدي إلى وجود فجوات كبيرة وجهود ضائعة وارتفاع في التكاليف (أي عدم وجود عمل وظيفي تكاملي من الناحية الوظيفية)، إن نظام الخدمات الصحية يجب أن يكون نظاماً متكاملاً تكون فيه الاحتياجات والجهود مترابطة ومتناسقة بشكل وثيق ودقيق.

وإذا أردنا دراسة المنظمة دراسة دقيقة، لا يجب أن نتوقف عن دراسة المتغيرات الداخلية للمنظمة (كالبناء التنظيمي، ونظام العمل، وتوزيع الاختصاصات...إلخ) بل يجب أن يشمل دراسة وفهم العوامل البيئية الخارجية المؤثرة في عمل المنظمة وانعكاساتها عليها. فلابد من توافر الفهم

الشمولي للواقع المتواجد فيه المنظمة، أي بمعنى آخر دراسة العلاقة بين المتغيرات والعوامل البيئية من جهة، والمنظمة من جهة أخرى من منظور القيم التي تنتجها هذه العوامل.

إذن، نستنتج في ضوء كل ما تقدم أن تجاهل الخصائص المحلية في العملية التنموية يؤدي حتماً إلى عدم نجاح العديد من النظم والأساليب التسييرية التي تم و يتم نقلها من الدول الأجنبية. فهذه التكنولوجيا التسييرية المستوردة لم يراع في اختيارها مدى ملاءمتها مع نسق القيم السائدة في المجتمع خاصة المتعلقة بتنظيم وتسيير الموارد البشرية في المؤسسات الصناعية والتربوية والاجتماعية.

إن مسير المركز الاستشفائي الجامعي وحتى يتمكن من تسيير مؤسسته بنجاح يجب عليه معرفة التفاعلات التي من شأنها أن تحدث بين المؤسسة والمحيط، بل وأكثر من هذا معرفة دقيقة للمحيط التي تسبح وتقع فيه المؤسسة: كطبيعة الأمراض، والمستوى المعيشي، والمشكلات الصحية، والمستوى الثقافي، والهرم السكاني،وتركيبته...إلخ.

إن معظم الدراسات الأكاديميات والكتابات العلمية التي اهتمت بدراسة المنظمة اعترفت بالتأثير المتبادل بين المتغيرات البيئية والمنظمة العاملة في المجتمع والمتمثلة فيما يلي:

- اللامبالاة والسلبية.
- عدم إتقان العمل.

- سلوك التظاهر بالقيم الدينية وعدم الاتساق بين الأقوال والأفعال.
- يتكلمون بالدين ويفعلون فعل الشيطان.
- الاتكالية.
- عدم انتماء العاملين إلى مؤسستهم.
- عدم وضع الرجل المناسب في المكان المناسب[1]، وفي الوقت المناسب.
- التعيين في الوظائف المختلفة يتم بناء على معايير غير موضوعية[2]، لا يهتم فيه بمصلحة العمل، بل يركز كل الاهتمام على المصالح الشخصية والعلاقات الخاصة بين الأفراد وأمام هذه المتغيرات نجد عدم أخذ المسؤولين بمبدأ الثواب والعقاب، هذان المبدآن من خلالهما يمكن تحريك الإنسان سلباً أو إيجاباً.

---

(1) جامعة الجزائر، معهد علم النفس وعلوم التربية، المرجع السابق الذكر، ص 8.

(2) راجع في ذلك:

- عمر بورنان، مبدأ اختيار الإطارات العليا وتعيينها في الإدارة الجزائرية (1962 ـ 1998) ، رسالة ماجستير، قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية، كلية العلوم الإنسانية، جامعة الجزائر، 1421هـ ـ 2000م، ص 156.

-Taib Essaid, « les cadres de la nation en algerie »,Thèse d'état en droit, montpollier, 1985, p. 1.

ومن خلال ما سبق ذكره يمكن اعتبار عملية التسيير الإداري من أهم الركائز التي يتوقف عليها تطور المجتمع أو تخلفه، ذلك أن نجاح مؤسسات المجتمع يتوقف على مدى نجاعة تسييرها. والتسيير أو الإدارة Management هو فن إنجاز الأشياء من خلال الآخرين، وهو عملية حيوية (ديناميكية) تتضمن عدة نشاطات متواصلة و متكاملة كالتخطيط والتنظيم والمراقبة والتوجيه لأعمال الآخرين. ومسؤولية المسير هي العمل على تنسيق وتعديل وتكامل هذه النشاطات بحيث يحقق الهدف في الوقت المحدد وبفعالية. ويقول الأستاذ بيتر دروكر Peter Drucker وهو أحد الرواد الأساسيين في هذا الميدان بشأن الإدارة والتسيير، ما يلي: (الإدارة هي المهام، الإدارة هي تخصص، لكن الإدارة هي أيضاً الأفراد، إن كل تحصيل من طرف الإدارة هو تحصيل من طرف المدير وأن أي فشل لها هو فشل المدير، إن بصيرة ومثابرة الإدارة وتكامل الإدارة تحدد ما إذا كان هناك حسن تسير أم سوء تسيير). [1]

ومن أهم الأسباب التي تؤدي إلى انحطاط وتقهقر المجتمعات هي تدهور قيم العمل البناءة. ومن المظاهر السلبية البارزة في هذا التدهور العمراني هي اللامسؤولية، واللامبالاة، والسلوك البيروقراطي المتحجر، وانعدام الضمير المهني، والانضباط، وإسناد المسؤوليات إلى غير أهلها، وقد يؤدي هذا إلى استفحال الأمراض الاجتماعية كالرشوة، والمحسوبية، والغش، والتزوير في المعاملات التجارية والإدارية، والاستعمال غير العقلاني

---

(1) جامعة الجزائر، معهد علم النفس وعلوم التربية، المرجع السابق الذكر، ص 9.

للموارد البشرية والمادية، وكذا التهريب، والتخريب للممتلكات العمومية التي تنعكس سلباً على عملية التنمية والتطور.

وعليه فالتسيير الإداري بالطبع يتأثر سلباً أو إيجاباً بالثقافة السائدة في المجتمع كالقيم والمعتقدات وأسلوب التربية والتعليم والثقافة السياسية وأسلوب تنظيم العمل وغير ذلك.

ففي دراسة ميدانية أجريت سنة 1999 بالمركز الاستشفائي الجامعي مصطفى باشا ـ الجزائر ـ وعن سؤال حول معرفة سبب صعوبة قيام المستشفى بعمله، فقد أكدت نسبة 65.45% بأن السبب يعود بالدرجة الأولى إلى عدم كفاءة المسيرين، متبوعة بنسبة 37.27 % تعود إلى نقص الأموال المعتمدة، في حين يرى 34.54 % أن السبب يعود إلى السياسة الصحية، ونحن نرى أن كل هذه الأمور الثلاثة تعد أسباباً موضوعية لصعوبة قيام المستشفى بالدور المنوط به، فهي كل لا يتجزأ.

وأكدت نفس الدراسة فيما يخص معرفة الثقافة السائدة في المستشفى واحترام سلم القيم، أن 67.27%، يرون أنه غير محترم، كما ترى نسبة 26.36%،بأنه لا وجود لسلم القيم، وهذا ما يزيد من تعقيد قيام المستشفى بدوره كما ينتج عن عدم احترام سلم القيم المهنية مظاهر الفوضى وعدم الاهتمام واللامبالاة وغيرها ، وبالرغم من هذا اللااحترام تساءلت الدراسة السابقة حول الاعتزاز بالانتماء إلى المهنة، وكانت الإجابة أن نسبة 77.27 %، يعتزون بهذا الانتماء المهني، بينما نسبة 17.27%، (أغلبهم من السلك شبه الطبي) غير معتز بانتمائه لمهنته، وهذا ما يؤكد الصعوبة التي يجدها هذا السلك ضمن الفريق المعالج، ويبدو أنها

ذات بعد تاريخي كما رأينا ، بحيث لم يجد بعد السلك شبه الطبي نفسه ضمن المستشفى، وبعبارة أخرى إن نظرة المجتمع الجزائري لمهنة الممرض هي نظرة احتقار وعدم تقدير، بل الممرض هو ذلك الذي لم يوفق في دراسته وهو ذلك الشخص الذي لم يجد مكانه في المجتمع، وأنه متعجرف وكسول. إن الممرض حالياً متحصل على شهادة البكالوريا يتابع تكوينه لمدة ثلاث سنوات في مراكز التكوين شبه الطبي، وهو الموجود بالقرب من المريض على مدار اليوم والليلة. إنه من الأجدر أن نساعد هذا السلك شبه الطبي بالاعتراف بقدراته وإعطائه المكانة التي يحتلها في المستشفى والمجتمع.

وكل هذه الاعتبارات تجرنا إلى تحديد وتصنيف مستويات العوامل الثقافية. ويمكن تحديد وتصنيف العوامل الثقافية إلى ثلاثة مستويات، وهي:

1. الثقافة الاجتماعية: وتتضمن القيم، والمعتقدات، والعادات، والتنشئة، واللغة، والتعليم، وغير ذلك.
2. الثقافة السياسية: وتتضمن طبيعة السلطة، والحرية، والمساواة.
3. الثقافة الإدارية: وتتضمن أسلوب تنظيم العمل، وطبيعة القيادة، ونظام الاتصال، والتقييم والتقويم، والمكافأة.

وتجدر الإشارة إلى أن هناك علاقة تفاعلية وطيدة بين هذه المستويات الثلاثة، حيث يؤثر ويتأثر كل منها بالآخر، أي أن عملية التسيير الإداري هي عبارة عن حوصلة لهذه المستويات الثلاثة .

وعلى سبيل المثال نجد أن الحاجة إلى الإنجاز لدى الأفراد و التي تعتبر من أهم الدوافع الأساسية في تطور المجتمع يمكن صياغتها في المعادلة التالية:[1]

- الحاجة إلى الإنجاز = الثقافة العامة × الثقافة السياسية × الثقافة التنظيمية.

ومن جهة أخرى نجد أن جل التنظيمات تعاني من مشاكل متعددة ذات أسباب ثقافية وقيمية، وهذه المشاكل تتمثل في ارتفاع مستويات حوادث العمل والتغيب وانخفاض الروح المعنوية وتدني مستوى الرضى المهني وانتشار الإشاعات وطغيان التنظيم غير الرسمي والسلبية في مواجهة المشاكل والانسحاب من العمل. وإذا كانت هذه المشاكل واضحة لا يمكن نكرانها، إلا أنه يصعب ربطها بمسبباتها الرئيسة، منها صعوبة ربط القيم الثقافية بأنواع معينة من المشاكل والتناقضات داخل التنظيم وذلك لتعقد المجالات القيمية وتأثيرها على سلوكات الأفراد.

وفي هذا الإطار يجب الاهتمام بالأسس السلوكية لإدارة القوى العاملة للتحكم في الدافعية Motivation، والقدرات، والرضى عن العمل، والسلوك الجماعي، وسلوك وفاعلية القيادة...إلخ[2]، مع الاهتمام بتنمية الذكاء العاطفي الجمعي المؤسسي Aggregate Emotional Intelligence، ويقصد بهذا المفهوم الجديد على المنطقة العربية، بل وعلى العالم كله. القدرة على فهم انفعالات

---

(1) جامعة الجزائر، معهد علم النفس وعلوم التربية، الثقافة و التسيير، المرجع السابق الذكر، ص9.

(2) أحمد صقر عاشور، إدارة القوى العاملة، الأسس السلوكية وأدوات البحث التطبيقي، الإسكندرية: دار الجامعات المصرية، ب.ت، ص 17 ـ 18.

ومشاعر الفرد ذاته. والقدرة على التواصل بينهم والقدرة على تكييف السلوك. والتعامل مع هذه المشاعر باعتبارها جزءاً مهماً من طاقات البشر النفسية التي لا يجب إهمالها[1].

إن الجانب الثقافي والقيمي داخل التنظيمات تتمثل صوره الصارخة في اختلاف المظاهر الثقافية والسلوكية بين الإطارات والعمال عادة، وبين مختلف التيارات والانتماءات الثقافية للعمال.

وبهذا المفهوم يكون التنظيم كياناً اجتماعياً له حدود شفافة تتفاعل عبرها مختلف العوامل الداخلية والمحيطية، وهو يتكون أساساً من أفراد يعملون على تحقيق أهداف مشتركة[2]. أما القيم فهي نتيجة تفاعل مجموعة من الأفكار والخبرات والتجارب مما يؤدي إلى إيجاد نسق من الأحكام الثابتة نحو مختلف جوانب الحياة.

إن أهمية القيم في التنظيم تكمن في دورها في تحديد آرائنا وسلوكاتنا وتصرفاتنا التي تكون وفق القيم التي نحملها وهو ما يؤثر بدوره في فعالية التنظيم، والتركيز على القيم داخل التنظيم كونها موجودة في مكان واحد وفي وقت واحد تحت ظروف واحدة، مما يؤدي إلى بروز دور القيم المجتمعية وأثرها السلبي أو الإيجابي على التنظيم.

---

(1) أحمد صقر عاشور، التحديات العشرة للتنمية البشرية والتدريب في المنطقة العربية، أخبار الإدارة، القاهرة: المنظمة العربية للتنمية الإدارية، العدد 24، سبتمبر 1998، ص 2.

(2) جامعة الجزائر، معهد علم النفس وعلوم التربية، الثقافة و التسيير، المرجع السابق الذكر، ص 188.

وعلى هذا الأساس يمكن تلخيص القيم داخل التنظيم في أربعة أنساق من القيم في صورة زوجين متناقضين، القيم الموروثة مقابل القيم الحديثة، والقيم المحلية مقابل القيم المستوردة، هذا التناقض القيمي له انعكاسات داخل التنظيم نوجزها في أربع مراحل حسب درجة التناقض وقوة الانعكاس:

أ- صعوبة التكيف مما يؤدي إلى قوة التناقضات بين القيم داخل التنظيم.

ب- فشل التكيف مما ينتج عنه فشل يمكن تحديده في ثلاث صور:

1. سوء العلاقات الإنسانية: أي اختلاف في طبيعة القيم ودرجات الثقافة والتكوين بين العمال والمسؤولين فالقيم التقليدية تتغلب عن ذهنيات العمال، بينما تتغلب القيم الحديثة على ذهنيات الإطارات .
2. انخفاض الرضى المهني: إن سوء العلاقات البشرية يؤدي إلى انخفاض الرضى المهني (كنقص الحوافز والدوافع إلى الإنجاز، واللامبالاة، وانخفاض الروح المعنوية...)، وفي الدراسة المشار إليها سابقاً أكدت أن نسبة57.27% من العمال غير راضين عن عملهم وهذا مؤشر على وجود خلل ما يتطلب استقصاؤه وتشخيصه، وذلك لمعالجته.
3. الإجهاد الذهني والبدني والضغوط النفسية.

4. المواجهة: فعدم القدرة على مسايرة التغيير والاستجابة للمتطلبات يؤدي إلى ظهور آليات دفاعية يمكن حصرها في ثلاثة أنماط، وهي:

أ- الانسحاب (أي ترك العمل نهائياً).

ب- الصراع (أي مواجهة المواقف بالعنف).

ج- التخريب[1].

أمام هذه المشاكل الموضوعية والصراعات الحادة داخل المستشفى يجب التدخل للمساعدة على توافق هذه القيم، وبالتالي القيام بإجراءات تتمثل فيما يلي:

1. حصر العوامل الثقافية والقيمية المؤثرة داخل التنظيم وتصنيف التراث الثقافي والقيمي المؤثر على التنظيم بحيث يؤخذ الإيجابي ويترك السلبي.
2. التعرف على الجذور الثقافية لطرق التسيير المستوردة وتكييفها مع الواقع.
3. إيجاد ثقافة خاصة بالتنظيم، بحيث يمكن بلورة ثقافة تنظيمية سليمة متمحورة حول أهداف التنظيم، ويمكن ذلك باعتماد التكوين والإعلام الداخلي وتعزيز القيم الإيجابية وتكرار اللقاءات الهادفة إلى تحسين الاتصالات ورفع درجة الانتماء عند العمال.

---

(1) جامعة الجزائر، معهد علم النفس وعلوم التربية، الثقافة والتسيير، المرجع السابق الذكر، ص195.

هذه الإجراءات وحدها فقط من شأنها أن تساهم في التخفيض من التناقضات القيمية داخل التنظيمات، كما تساهم في وضع أسس سليمة لثقافة تنظيمية مبنية على وحدة الأهداف وقوة الانتماء و ضرورة جمع الجهود لتجسيد الأهداف وتحقيق الطموحات.

عملية صنع واتخاذ القرار:

إن عملية صنع القرار هي سلسلة من الأعمال المنسقة، ومجموعة من الخطوات والتفاعلات والتأثيرات التي تتم داخل عملية البحث عن حل ما لمشكلة ما في أي تنظيم. وتمر بالخطوات التالية :

1. تحديد المشكلة.
2. جمع المعلومات والبيانات.
3. وضع الحلول والبدائل وتقويمها ودراستها.
4. اختيار البديل الأفضل (أكبر ربح بأقل تكلفة، وأقصر وقت ممكن).
5. عملية التنفيذ (قد تنفذ وقد لا تنفذ) حسب ردود فعل الأفراد ومشاركتهم في القرار.

ومن جهة أخرى يرى صاحب فكرة أن الإدارة هي اتخاذ القرار (هربرت سيمون H. Simon)، أن عملية اتخاذ القرار في جوانبها النظرية تتم وفق المراحل التالية:

1. تحديد الأهداف، إذ إن القرار لا يمكن اتخاذه دون تحديد الأهداف.
2. التعرف على الاختيارات المتوافرة.

3. معرفة الظروف المواتية لنجاح الخطة (وحتى ينجح القرار يجب أن ينبع من بيئته).
4. تقويم كل طريق للعمل وإعطاؤها رقماً يساير قيمتها.
5. إقامة موازنة بين الاختيارات للتعرف على الأهم منها.
6. وضع قائمة لتباين عيوب ومزايا كل خطة.
7. انتقاء الخطة الملائمة التي تخدم الصالح العام بأقل تكلفة .

وإذا رجعنا إلى العنصر الأول في مراحل اتخاذ القرار والخاص بتحديد المشكلة، نرى أن كل منا معرض لمواجهة المشاكل، وفي بعض الأحيان نقف عاجزين لا ندري من أين نبدأ، ومن أين ننتهي ؟ لذا فالطريقة الفضلى لمعالجة المشاكل هي الاعتراف بوجود المشكلة أولاً، من ثم اتباع طريقة منطقية لحلها. وهناك بعض العمليات التي تساعد على حل المشاكل نذكر ما يلي:

1. معرفة الأسباب التي أدت إلى بروز المشكلة.
2. التفكير بالحلول المعقولة التي بإمكانها المشاركة في معالجة المشكلة.
3. اختيار الحلول المناسبة والطريقة السليمة لتطبيقها. [1]

وعندما نواجه مشكلة معينة نفكر أولاً بالدوافع التي أودت بحصولها أو بكل شاردة أو واردة لها علاقة بها، لأنه بهذه الطريقة نصل

(1) كيت كينان، أسس الإدارة الناجحة، (ترجمة نعمت سليمان)، بيروت: الدار العربية للعلوم، 1995، ص 21 .

إلى الحل تلقائياً. ومع هذا فإن الكثيرين يخافون من اتخاذ القرار لحل مشاكلهم. كيف؟ ولماذا؟

كما نعلم أن حل المشاكل يشمل درجة من الشك والريبة لأن حل المشاكل يتطلب اتخاذ القرارات، وهذا العنصر هو الذي يجعل المشاكل صعبة بالنسبة للكثير من الأشخاص، فيمكن أن تؤدي قراراتك عن الحل الذي يجب اتباعه إلى التردي والتأخير، أو يمكن ألا تتخذ قراراً على الإطلاق بعد تفكيرك فيما يجب فعله خاصة في مجال وجود عدة حلول لمشكلة والخوف من صنع القرار الخاطئ يرهب الأشخاص و يؤدي بهم إلى عدم فعل أي شيء، ومع ذلك يخفق هؤلاء في إدراك حقيقة أن الامتناع عن فعل أي شيء لحل المشكلة هو بحد ذاته قرار وسلوك محدد وإجراء محدد[1]. ومع هذا يواصل الإنسان في طرح الأسئلة التي تساعده على الإقدام على اتخاذ قرار أو بديل يكون مقبولاً، ومن الأسئلة التي تطرح ما يلي:

- ما هي المشكلة ؟
- ما هي الحلول المحتملة للمشكلة ؟
- ما هو الحل الأفضل لها ؟

وعلى العموم فإن عملية اتخاذ القرار هي عملية تقوم على اصطفاء أو انتقاء الخيار المناسب، فالخيارات العاجلة تتطلب التمييز بين الأمور الطارئة والأمور المهمة لأنه إن لم يفعل ذلك يجد المرء نفسه غارقاً في معالجة الأمور الصغيرة بينما تبقى الأمور المهمة معلقة دون تنفيذ بالنسبة للخيارات الطويلة

---

(1) كيت كينان، أساليب حل المشاكل الإدارية، (ترجمة مركز التعريب والترجمة)، بيروت: الدار العربية للعلوم، 1996، ص 13.

الأمد، وعليه التعرف على الهدف الذي يسعى إليه والإلمام بإيجاد الحل المناسب وكيفية تطبيقه، لأن مفتاح النجاح هو اتخاذ القرارات المدروسة، إذ عندما يتخذ قراراً يجب اطلاع الآخرين عليه خاصة إذا كان يتعلق بهم شخصياً، ولابد من معرفة النتائج للتأكد من فعالية القرار.

يهتم عالم الإدارة هربرت سيمون H.Simon بالمدير لأنه هو الذي يتخذ القرار، ويقول إن القرار لا يمكن أن يقوم على المنطق والعمل التقني، ولكن يقوم على العوامل التالية، وهي:

1. لا بد من الذكاء.
2. ضبط الاستراتيجيات.
3. اختيار الطرق والأساليب التي يمكن تطبيقها نظراً لملاءمتها.
4. تنفيذ الخطة.

وبالتالي فمهمة المدير قبل إصدار القرار تنحصر في التأكد من الأمور التالية:

أ- أن الموضوع الذي يتعلق به القرار قد وجه وجهة سليمة.

ب- أن جميع المعلومات والبيانات المتعلقة به قد استوفيت.

ج- أن المعلومات قد تم تحليلها بطريقة سليمة.

د- الوصول إلى النتائج اللازمة.[1]

فإذا استوفيت هذه الشروط فإن القرار سيوقع دون مشكلة، وبالتالي ينتهي الأمر، مع العلم أن هناك عدة أنواع من القرارات، منها:

---

(1) سليمان محمد الطماوي، المرجع السابق الذكر، ص 179.

القرارات المبرمجة، والقرارات غير المبرمجة؛ فالقرارات المبرمجة هي القرارات الروتينية التقليدية، في حين القرارات غير المبرمجة هي التي تحتاج إلى قرارات جديدة وتسمى أيضاً بالقرارات الإبداعية عند الأستاذ هربرت سيمون H.Simon، مثال: المدير لابد أن يكون لديه مجموعة من المستشارين لاتخاذ القرارات الإبداعية لأن المدير يقوم باتخاذ القرارات الروتينية. فالتكنوقراطيون يتمتعون بالقرارات الإبداعية، ويقول الأستاذ هربرت سيمون H.Simon: (لا يمكن تفسير مفهوم القرار بعبرات ميكانيكية، بل يجب فهم مشكلة التنظيم في إطار اجتماعي نفسي كامل (فالقرار ليس بعملية ميكانيكية، بل هو عملية حضارية معقدة)، أي يهتم القرار بالجانب الاجتماعي والنفسي وتعتبر الإدارة هي القرار عنده. ومن جهة أخرى يرى أنه لا توجد قرارات رشيدة مائة بالمائة، بل هناك قرارات مرضية، وقرارات مثالية نسبية، وقرارات لا بأس بها. وعملية اتخاذ القرارات مبنية على إرادة الإنسان وحريته، والقرار السليم هو الذي يدرس اختيار ما بين البدائل ومقارنة ما بينها).

وعلى ذكر الجانب الاجتماعي والنفسي لعملية اتخاذ القرار وهي الأمور التي تهمنا في هذه الدراسة كون موضوع دراستنا مركزاً على منظمة ذات طابع اجتماعي ونفسي معقد، بحيث تتكون مثل هذه المنظمات من أعضاء مختلفة تؤدي وظائف متكاملة وأن تصميمها يأتي منسجماً مع كونها جهازاً لاتخاذ القرارات، كما أنه يجب أخذ البيئة المحيطة بالمنظمة بعين الاعتبار وكذا المعوقات التي تؤثر على القرارات وعلى طريقة اتخاذها، ذلك أن الإداري بالضرورة لا يعمل في فراغ،

ولكنه يعمل في إطار البيئة الداخلية والخارجية للمنظمة، أي في إطار تنظيم أهم مقوماته ومكوناته هي العناصر البشرية، والذين لهم دراية وعلم بالسلوك البشري ومؤثراته واتجاهاته لدى الأفراد. من هنا كان العمل في المنظمات البشرية بصفة عامة يحتوي درجات من الترشيد ومحاولة إدارة تنظيم اجتماعي وفق معايير علمية وفنية محضة غير ممكن عملياً، ولو أمكن فإن نتائجه لن تكون طيبة لأننا نتجاهل الاعتبارات غير الرشيدة في السلوك البشري، وعلى ضوء ذلك قدم هـ.سيمون H.Simon نموذجاً في التنظيم يختلف تماماً في نتائجه وأفكاره عن الأفكار التقليدية، فالمدرسة السلوكية لجأت إلى توضيح الأهمية لكل المعايير المستخدمة في التنظيم، وقد أكد هـ. سيمون H.Simon في كتاباته أن الجوانب الرشيدة في السلوك الإنساني هي من العناصر المهمة لنظرية التنظيم، ويرى أن هذه الأخيرة هي نظرية عن الرشد المحدود، لأن من يضطلع إليه الفرد في الواقع هو الوصول إلى قرارات معقولة وليست رشيدة، كذلك فإن هذه النظرية بحثت في سلوك الناس الذين يقتنعون بأقل من الحد الأقصى من المنفعة لأنهم لا يستطيعون بلوغ هذا الحد الأقصى. ومن المفاهيم الأساسية فإن متخذ القرار يتأثر بعوامل إنسانية مرتبطة بسلوكه واتجاهاته وبالبدائل المقترحة وآثار كل بديل ونتيجته، ويعود ذلك إلى عدم الحصول على جميع المعلومات الخاصة بكل بديل، ومع هذا البديل الأفضل والذي يتخذ بشأنه القرار هو البديل المقبول في حدود معلوماته ولا يمكن الحصول على بديل مثالي مبني على المعلومات الأكيدة، إذ أطلق هـ.سيمون H.Simon ، وزميله مارش.ج March.J تعبيراً جديداً و هو الرضا

Satisfaction في إطار الطموح (Aspiration)، أي متخذ القرار يرضى بالبديل الذي هو أقل من الحد الأقصى وفي إطار الطموح بناء على المعلومات التي وصلته، بدلاً من التعبير الذي تستخدمه النظريات التقليدية وهو Maximum أي السعي للحصول على الحد الأقصى. ولهذا قرر هـ. سيمون H.Simon استبدال الرجل الإداري كنموذج عوض نموذج الرجل الاقتصادي، واللذين مواصفاتهما على الشكل التالي:

1. الرجل الاقتصادي على علم كامل بكل البدائل.
2. الرجل الاقتصادي يقدر على التنبؤ بآثار كل بديل.
3. الرجل الاقتصادي أمامه نظام ثابت لتصنيف البدائل وأهميته، وعليه يختار أفضل بديل.
4. الرجل الإداري يهدف إلى التوصل إلى حلول مرضية للمشاكل التي تواجهه.
5. الرجل الإداري حين يتخذ قراراته فهو يبنيها على أساس صورة مبسطة للعالم المحيط به.
6. الرجل الإداري حين يتخذ قراراته لا يبحث عن كل البدائل المحتملة، بحيث يعتمد على عدد من القواعد البسيطة في اتخاذ القرارات.

وعلى ضوء ما سبق قدم سيمون Simon نموذجاً لاتخاذ القرار يرتكز على أربع نقاط، وهي:

1. مستوى الطموح.
2. القيمة المتوقعة للمكافأة.

3. البحث المتواصل.
4. مستوى الرضى.

كما أنه ركز على العلاقة بين الطموح والرضى واعتبرها هي الضابط الرئيس في عملية صنع القرار، والعناصر السابقة تقوم على مجموعة من الافتراضات:

- كلما انخفض الرضى كلما زاد البحث عن قيم ومكاسب متوقعة.
- كلما زاد البحث عن القيم والمكاسب كلما زاد مستوى القيم والمنافع.
- كلما زاد مستوى القيم المحققة كلما زاد مستوى الرضى.
- كلما زاد مستوى القيم والمنافع كلما زاد مستوى الطموح.
- كلما زاد مستوى الطموح كلما انخفض الرضى.
- وعندما ينخفض الرضى يزيد البحث... وهكذا دواليك.

من خلال ما سبق نستنتج أن سيمون Simon قدم مفهوماً جديداً للعقلانية يختلف عن عقلانية النظريات الكلاسيكية التي لا تأخذ بعين الاعتبار العوامل البيئية سواء كانت الداخلية منها أم الخارجية للمنظمة، ولا تقوم كذلك بإشراك مختلف فئات التنظيم في عملية اتخاذ القرار، لذلك، فسيمون حاول أن يقترب من القرار التوفيقي أو القرار الإرضائي، الذي يرضي جميع أطراف المنظمة أو الإدارة التي يصنع فيها القرار مهما كان الربح الذي تحققه.

وللإشارة فالقرار السياسي الإسلامي ركز بدوره على عملية اتخاذ التدابير Disposal [1] وفق مقاييس العلم والأخلاقيات الوظيفية وهذا أشمل من الطرح السابق.

لكن ما يهمنا من كل هذا التنظير المقارن هو: ما موقع المنظمة الصحية (كالمركز الاستشفائي الجامعي) من كل هذا؟

كما نعلم أن المدير العام للمركز الاستشفائي الجامعي يقوم باتخاذ القرارات الروتينية واليومية، والتي لا تتطلب أي مشاركة لأي طرف، بل الأكثر من هذا يعتبر هذا النوع من القرارات تطبيقاً لمجمل القوانين والمراسيم التي تنظم عمليات تسيير وتنظيم المراكز الاستشفائية الجامعية، كما تمتاز هذه المراكز ومن خلال المدير العام بتفويض بعض الصلاحيات أو المهام لبعض مساعديه حتى يتفرغ هو للقرارات غير المبرمجة وغير الروتينية أو الإبداعية، والتي تحتاج إلى قرارات جديدة وبمساعدة مستشاريه لاتخاذها، وهي التي نحاول تسليط الضوء عليها. ولكن قبل هذا ما المقصود بعملية التفويض ذاتها؟

التفويض هو نشاط إداري ضروري وجوهري عند أغلب الناس، لكن الأقلية منهم تجد أنه من السهل تطبيق هذا التفويض.

إن التفويض ليس فقط تكليف الآخرين بمهام أو وظائف معينة بحيث يحصل التطبيق بشكل سحري، لكن التفويض يكمن في إكمال

---

(1) أبرز منظريه قديماً شهاب الدين أحمد بن أبي الربيع صاحب كتاب ((سلوك المالك في تدبير الممالك)) (218 ـ 272هـ/ 833 ـ 885م)، وحديثاً هارون خان شيرواني وحامد عبد الله ربيع، وكلهم أساتذة في العلوم السياسية.

إنجاز المهام الأخرى. فالتفويض لا يوفر لك فقط فرصة تحقيق الأعباء المفروضة عليك، بل يوفر فرصة التطوير وترسيخ علاقات جيدة مع أولئك الذين ينفذون المهام الموكلة لهم، ومن الأمور التي تجعل عدم التفويض ما يلي:

- عدم الرغبة في التفويض.
- عدم التنظيم في العمل.
- الشعور بأن لا أحد يحل محلك.
- عدم الثقة بالآخرين[1].
- عدم قبول الاختلاف.
- تفويض زائد عن اللزوم (أي يجب التفريق بين التفويض والتنازل).

توجد أسباب كثيرة تبرز عملية التفويض وهذه تشمل الاستغلال الأفضل للوقت المتاح للعمل وتطوير مهارات الآخرين والقدرة على القيام بمهام أخرى. والعائق الوحيد الذي يمنع الآخرين من إعطاء التفويض هم أنهم غير راغبين في ذلك التفويض خوفاً من أنهم لم يحصلوا على النتائج التي يريدونها.

ولكن من الواجب علينا الآن طرح عدة تساؤلات من شأنها أن توضح لنا المجالات أو الميادين التي توجب إعطاء التفويض والتي لا يوجب فيها:

---

(1) راجع في ذلك:

فضيل شبلي، أزمة الثقة بين الحاكم والمحكوم، دراسة حالة الجزائر، رسالة ماجستير، معهد العلوم السياسية والعلاقات الدولية، جامعة الجزائر، 1419هـ ـ1998م، ص 1.

ما هي الوظائف التي يمكن للمدير تفويض القيام بها للآخرين؟ وما هي أوصاف الوظيفة أو المهمة؟ وماذا احتاج للتأكد من أن الآخرين يعرفون ما يفعلونه؟

وبالمقابل هناك أسئلة يطرحها المدير على نفسه وهي: هل أنا غير راغب وغير مستعد للتفويض لأنني أخشى فقدان السيطرة (لأن من يملك المعلومات يملك السلطة)؟ وهل أتجنب التفويض لأنني أظن أنه سيستغرق وقتاً طويلاً؟ وهل أظن أنني الشخص الوحيد الذي يمكنه القيام بالمهمة أو الوظيفة؟ وهل أجده من الصعب الوثوق بأشخاص آخرين لتنفيذ العمل بالشكل الملائم؟ وهل لدي الكثير من الأعمال؟.[1]

«السلطة لا تفوض، وهذه من الطبيعة البشرية »، إن ما يفوض هي الوظائف أو بعض المهام، لكن السلطة التي معناها التأثير والإلزام فهي تبقى في يد المدير أو القائد، ووجوده من عدمه مرتبط بالسلطة التي يملكها.

يجب الاعتراف بأن التفويض يسمح بمزيد من الأعمال، وأنه من غير المجدي أن تنفذ الأعمال بنفسك، خاصة تلك الأعمال الروتينية والتي يمكن للآخرين القيام بها بسهولة ودون عناء. كما أن الإدراك بأن المدير ليس بالشخص الوحيد الذي يمكنه تنفيذ العمل بالشكل المناسب، ولكن بالمقابل يجب الاعتراف بأن عدم التنظيم في العمل يمنع الإنسان أو المدير من التفويض، وهذا ناتج عن عدم الرؤية الواضحة للمهام والوظائف

(1) كيث كينان، أصول تفويض الصلاحيات، (ترجمة مركز التعريب والبرمجة)، بيروت: الدار العربية للعلوم، 1996، ص 16.

نتيجة الضبابية والفوضى ولجعل الآخرين يقومون بالأعمال الموكلة لهم بالشكل المناسب يجب منحهم الثقة الكاملة لأن التفويض هو جزء حيوي من الإدارة الفعالة، كما أن القانون يسمح للمدير بتفويض إمضائه لصالح مساعديه[1] ومع هذا فهناك مهام لا يمكن للمدير الاستغناء عنها وتفويضها للآخرين منها التخطيط المسبق للأعمال المستقبلية، أو اختيار الموظفين الجدد[2]، أو مراقبة أداء وجهد الموظفين، وتقييم عمل الآخرين ودعمهم وتقديم المكافأة لهم.

ففي سؤال حول مشاركة أعضاء الفريق في القرارات الإبداعية، من خلال الدراسة المشار إليها سابقاً كانت الإجابة بنسبة 59.09% تؤكد عدم المشاركة، وهذا ما يخلق جواً من الاغتراب والتهميش، وبالمقابل نجد نسبة 23.63%، تشارك في هذا النوع من القرارات، ونحن نرى أنه من الواجب إشراك أعضاء الفريق في مثل هذه القرارات مما يسهل في تطبيقها فيما بعد، وكذا تحفيز العمال وإدماجهم في التسيير. أما فيما يخص المشاركة في القرارات الخاصة بعمل المصلحة، فنجد كذلك أن نسبة 49.09%، لا تشارك في مثل هذه القرارات، وهذا ما يعقد الأمور فعلاً في هذه المصالح، علماً بأن نسبة 46.36 %، هم الذين يشاركون في القرارات الخاصة بمصلحتهم.

---

(1) ج.ج.د.ش، المرسوم التنفيذي رقم 97 ـ467 المؤرخ في 2 شعبان 1418 هـ، الموافق لـ 2 ديسمبر 1997م، المرجع السابق الذكر، ص 33.

(2) للتوسع في التفويض الإداري راجع:

منور كربوعي، التفويض الإداري وتطبيقاته في الإدارة الجزائرية ، رسالة ماجستير، معهد الحقوق والعلوم الإدارية، جامعة الجزائر، 1982، ص 19.

إن أهم شيء في عملية اتخاذ القرارات هي في الأخذ بعين الاعتبار الآراء المشاركة في العملية ذاتها، وفي هذا الصدد تساءلنا حول الموضوع ووجدنا أن نسبة 47.27 %، لا تؤخذ آراؤهم بعين الاعتبار مما يولد فيهم عدم الثقة بالمسؤولين ويجعلهم يشككون في جميع تحركاتهم. أما من تؤخذ آراؤهم بعين الاعتبار فهم لا تتجاوز نسبتهم 38.18%، وهي نسبة قليلة نظراً للنتائج التي تترتب عن هذا الفعل.

وإذا كانت الآراء لا تؤخذ بعين الاعتبار، فهل تطبيق هذه القرارات سهل؟ الإجابات تقول إن نسبة 60% ترى أنه من الصعوبة تطبيق هذه القرارت، وهذا ما أكدته جل الدراسات التي اهتمت بالميدان الإداري وخاصة اتخاذ القرار(النظرية اليابانية (Z) والنظرية الأمريكية (A)) ، وبالمقابل نجد أن القرارات التي تتخذ من الجانبين وبمشاركة الأطراف الفاعلة أو المكونة للفريق تكون سهلة التطبيق والتنفيذ نسبة 69.09% من الإجابات .

وهكذا، نخلص القول إلى أن القرار لا يزال بعيداً عن الأساليب الشورية والديمقراطية، ومن ثم يصعب قبوله وتطبيقه من طرف جميع أسرة المستشفى.

عمليات التنسيق والتعاون والاتصال:

لا يمكن الوصول إلى التنسيق والتعاون الجماعي داخل المنظمات دون اتصال محكم، ولا يمكن دراسة الاتصال دون الإشارة إلى الإعلام، هذا الفرع الجديد من فروع المعرفة والذي لا يزال الغموض يكتنف تطبيقه

ومناهجه ومكانته في أسرة العلوم الإنسانية والاجتماعية، فما المقصود بالإعلام إذاً؟

يقول الأستاذ عبد اللطيف حمزة بأن: (الإعلام هو تزويد الناس بالأخبار الصحيحة والمعلومات السليمة والحقائق الثابتة التي تساعدهم على تكوين رأي صائب في واقعة من الوقائع أو مشكلة من المشكلات)[1]، والغاية من الإعلام هو الإقناع عن طريق المعلومات والحقائق والأرقام والإحصائيات وغيرها ويقوم الإعلام على نقل الأفكار وتوصيلها لكي يتحقق من ورائها سلوك محدد أو استجابة معينة، ويكون العمل الإعلامي ناجحاً إذا حقق هذه العملية.

لقد قدمت منظمة اليونسكو تعريفاً للإعلام مفاده أن: (الإعلام هو جمع وتخزين ومعالجة ونشر الأنباء والبيانات والصور والحقائق والرسائل والآراء والتعليقات المطلوبة من أجل فهم الظروف الشخصية والبيئية والقومية والدولية والتصرف تجاهها عن علم ومعرفة والوصول إلى وضع يمكن من اتخاذ القرارات السليمة).

من خلال هذا التعريف نرى أن الإعلام يحتوي على جوانب عدة، والإعلام السليم كما رأينا يؤدي إلى القرارات السليمة، وبالتالي إلى تنظيم وتسيير سليمين والعكس، هذا من جهة، ومن جهة ثانية فإن الإعلام يتأثر بالنظم الاجتماعية والسياسية التي ينتمي إليها.

---

(1) العياضي نصر الدين، نظريات الإعلام والاتصال، سلسلة محاضرات ألقيت على طلبة الليسانس، جامعة الجزائر، معهد العلوم السياسية والعلاقات الدولية، 1992.

بعدما عرفنا ولو بشكل مختصر وبسيط الإعلام ومفهومه، نسلط الضوء الآن على الاتصال أو العملية الاتصالية، وخاصة الاتصال الإداري إذ إننا بصدد دراسة مؤسسة ذات طابع إداري وخدماتي. هذا المفهوم الذي أصبح الشغل الشاغل لدى المؤسسة أو المنظمة، بل والأكثر من هذا أصبح من بين أهم العمليات الإدارية كالتنظيم والتوجيه واتخاذ القرارات وغيرها.

عرف مصطلح الاتصال عدة مدلولات فكان يستخدم لنقل المعلومات والأفكار من فرد لآخر، ثم أصبحت تعني كذلك خطوط المواصلات والقنوات التي تقوم بربط مكان بآخر وهذا نتيجة الثورة الصناعية والتقدم التكنولوجي الذي عرفه هذا الميدان، وتعني كلمة الاتصال التفاعل والمشاركة، والاتصال يجعل المرسل والمستقبل على موجة واحدة في مواجهة رسالة معينة. فالاتصال هو النشاط الذي يستهدف تحقيق العمومية أو الذيوع أو الانتشار لفكرة أو موضوع أو قضية عن طريق انتقال المعلومات أو الأفكار أو الآراء من شخص أو جماعة إلى أشخاص أو جماعات باستخدام رموز موحدة ومفهومة للطرفين.[1]

وقد قدمت للاتصال شأنه في ذلك شأن الإعلام عدة تعاريف منها: (الاتصال عملية مشاركة في الخبرة وجعلها مألوفة بين اثنين أو أكثر)، وهناك من يرى بأن الاتصال هو: (عملية يتم بمقتضاها توصيل فكرة أو خبرة من شخص لآخر بحيث تكون مشتركة بينهما). أما الجمعية الأمريكية للتدريس والاتصال فقد عرفت الاتصال على أنه عملية تبادل

---

(1) العياضي نصر الدين، المرجع السابق الذكر.

الأفكار والمعلومات من أجل إيجاد فهم مشترك وثقة بين عناصره الإنسانية في المنظمة. أما التعريف المبسط للاتصال فهو: تلك العملية التي يتفاعل بمقتضاها مستقبل ومرسل الرسالة في مضامين اجتماعية معينة، والعملية الاتصالية غير محددة بالزمن، أي ليس لها بداية ونهاية في تسلسل الأحداث، كما أن العملية الاتصالية تتأثر بفعل عوامل خارجية تطرأ تغيراً على مستقبل الرسالة وذلك بحذف أو إضافة معلومات جديدة مما يترتب عن هذا التغير آثار سلبية.(1)

لكن ما يهمنا في هذه الدراسة هو أهمية الاتصال بصفته أحد العمليات الإدارية لا تقل أهمية عن التنظيم والتسيير والتوجيه وعملية صنع القرار. فما المقصود بالاتصال الإداري Management Communication ؟

الاتصال عملية من العمليات الأساسية في الإدارة وبفضل التقدم التكنولوجي فلقد زادت الاتصالات أهمية فهناك من يرى أن الاتصال هو علم بذاته مثل العلوم الأخرى، وتعتبر نظرية الاتصال عصبة الاتصال في الإدارة لأن إيصال المعلومات بطريقة علمية بمعنى أن التخطيط والتنظيم واتخاذ القرار يكون جيداً، وحسب بعض الدراسات العلمية فإن 70% من حياتنا اليومية هي اتصال مع الآخرين، وهذا يشمل مختلف الاتصال المباشر أو غير المباشر(2). وبعبارة أخرى فإن عملية الاتصال هي عملية تبادل المعلومات في الميدان الإداري بين المدير والمرؤوسين من أجل التعاون وتكوين

---

(1) نفس المرجع.

(2) المركز القومي لتدريب الشباب الطلاب، المرجع السابق الذكر، ص 71.

المعلومات واتخاذ القرارات وتنفيذها، فماذا يمكن للمدير أن يفعل بواسطة الاتصال؟

عن طريق الاتصال يمكن للمسؤول أن يحدد الأهداف العامة للإدارة، يكافئ الأفراد الجادين ويخلق عامل التحفيز والتشجيع. وبفضل الاتصال يمكن اتخاذ القرارات الرشيدة ويقوم بتنسيق الجهود وبالمراقبة والمتابعة وتوجيه الأفراد توجيهاً سليماً، فالتعاون داخل الجماعة يعتبر أمراً ضرورياً وله أهمية قصوى في مبدأ الإدارة الفعالة والناجعة، ولكن لقيام تعاون فعال وناجع لا بد من توافر شروط أهمها: وضوح الهدف العام للمؤسسة، ثم تفصيل العمل الذي يعهد لكل فرد في الإدارة، على أنه لابد من الاقتناع بالقرارات والتوجيهات التي تصدر. والاتصال الإداري عامل مهم لأحكام الإشراف على المرؤوسين وإحاطة الجهاز القيادي بما يجري في المؤسسة، كما أن الاتصال الإداري الفعال مهم لعملية التخطيط والتنظيم والرقابة، كما أنه مهم بالنسبة لأداء الأفراد وانسجامهم في العمل، وقد لاحظ بولتون Bolton سنة 1979م أن 80% من الذين يفشلون في عملهم يكون بسبب عدم تمكنهم من الانسجام في العمل مع الآخرين[1]، ونقول أخيراً إن الاتصال يكون الرأي العام، ويتحكم في عملية العلاقات العامة الرشيدة التي هي أساس الإدارة الجيدة، وإذا كان الاتصال كذلك فما هو هيكله أو شبكته؟

(1) نفس المرجع، ص 71.

نتحدث في هذا المجال عن الشبكة الإدارية، وهناك أنواع منها:

أ- **الشبكة الدائرية:** هناك خمسة أشخاص يكون الاتصال بينهم وكل شخص يتصل بشخصين، فإذا كان رقم 5 هو مركز الاتصال وهو الذي يتصل، فهو يتصل إذن برقمي 3 و4 أي الاتصال بين الاثنين.

ب- **الشبكة العجلة** : يتم التفاهم على شخص رقم 3 هو الذي يقوم بالاتصالات فقط، وقد اتفق الكل على أن يكون 3 هو مركز الاتصال، والاتصال لشخص واحد هو المركز.

ج- **الشبكة المتكاملة:** كل شخص يمكن أن يتصل بشخص آخر، تختلف حسب المنظمة أو المؤسسة التي تضع فيها هذه الشبكة، بالإضافة إلى شبكات أخرى منها شبكة على شكل حرف Y وهذا يشبه العجلة إذ إن هناك شخصا واحدا يتصل بكل الأفراد، ويختلف شكل حرف Y عن الدائرة في أن هناك على الأقل شخصاً واحداً يتم الاتصال به بطريقة غير مباشرة.

وحتى تكون هذه الاتصالات فعالة وناجعة يجب التركيز على استقبال المعلومات العكسية، من خلال عملية المدخلات والمخرجات والتغذية العكسية، أي ردود الأفعال، كما يجب كذلك كسر حاجز الخوف والهيبة وتجنب النفاق والتملق والاستفادة من وسائل أخرى (كمكاتب الشكاوى Ombudsman وسجلات التظلمات، والمظمات الموقفية Ad-Hocracy، وغيرها...)

تسلك عملية الاتصال عدة قنوات منها التنازلية (كالمدير، ونائب المدير، ومدير المصلحة)، ومنها الرئيسة (من القاعدة إلى القمة)، ومنها الاتصالات الأفقية (كمدير مصلحة ومدير مصلحة أخرى)، والاتصالات الجانبية، وهي نوع من الأفقية لكنها ليست بين مدير ومدير آخر، أي من نفس المستوى. بالإضافة إلى العملية الاتصالية الداخلية للمستشفى، فما المقصود بها؟.

يمكن تعريفها كنتاج لمكونتين على الأقل، وهما:

1. **العملية الإعلامية أو الاتصالية التنازلية:** وتترجم بالنسبة للعمال بالسياسة المسطرة من طرف الإدارة، وهي عملية اتصالية تعبيرية تحدد من خلالها مجموعة من القواعد، مثل: النظافة، أو إعلام الموظفين بمواعيد اجتماعات، أو حصص عمل أو ملتقيات، وغيرها.
2. **العملية الإعلامية أو الاتصالية التصاعدية:** بحيث تسمح للعمال بالتعبير عن أحاسيسهم وتأملاتهم وآرائهم وأفكارهم ويمكن معرفة كل هذه الأمور عن طريق الاستبيانات أو قياس الرأي وغيرها[1].

هاتان العمليتين (التنازلية والتصاعدية) يمكن تنظيمهما على شكل عملية اتصال رسمي وغير رسمي. وفي هذا الصدد يقول الدكتور عبد الكريم درويش والدكتورة ليلى تكلا:

---

(1) AMRANE Myriam, « La communication interne à l'hôpital , outil d'amélioration de la qualité de soins », mémoire de fin d'étude de programme longue duré, Alger, ENSP, 1998, p. 30.

(يظهر في كثير من المنظمات نوع آخر من الاتصالات إلى جانب الاتصالات الرسمية. ذلك أن المنظمة تحوي إلى جانب تنظيمها الرسمي، مختلف العوامل الاجتماعية والنفسية التي ترتب أنماطا معينة من التفاعل والتعامل والاتصال. ولذلك ينمو إلى جانب الاتصالات الرسمية نوع آخر من الاتصالات غير الرسمية. وهي التي تتم بأسلوب غير رسمي... وهي ضرورية في المنظمات التي يقيم فيها الموظفون ولاءهم بجماعتهم الصغيرة...).[1]

وعموماً فإن لعملية الاتصال الداخلي للمستشفى هدفين أساسيين وهما نوعية الحياة العملية وتطور المنظمة وازدهارها، وبعبارة أخرى فإن العملية الاتصالية الداخلية للمستشفى تبحث عن تحقيق التناسق بين فريق العمل والقضاء على النزاعات والصراعات الناتجة بين العمال وإعادة الاعتبار للأفراد ملزمة إياهم بأخذ مواقف موحدة فيما بينهم وبين المنظمة التي ينتمون إليها.

إن الخصوصية التي يتمتع بها المركز الاستشفائي الجامعي والعناصر المختلفة التي تكون تركيبته البشرية وتعدد المهمة التي أسندت له تجعل من عملية الاتصال أحد الركائز الأساسية والهامة في عملية التسيير والتنظيم وعملية صنع واتخاذ القرارات، وعلى هذا الأساس فإن توفير جميع القنوات الممكنة التي تسهل من عملية الاتصال أمراً ضرورياً، فلا يمكن استعمال قناة واحدة لأنها غير كافية للعملية الاتصالية،

(1) عبد الكريم درويش و ليلى تكلا، أصول الإدارة العامة، القاهرة: مكتبة الأنجلو مصرية، 1986، ص 478ـ479.

وبالتالي فيجب الاعتماد على الاتصالات التنازلية والرئيسة والأفقية والجانبية، هذه القنوات كلها هي الكفيلة بتأمين العملية الاتصالية.

إن عملية الاتصال تمثل روح الأداء داخل المنظمة، ولكن وسائلها وتأثيرها يتوقف على طبيعتها، فحجم المؤسسة الصغيرة أو الكبيرة وعدد العاملين، ثم الإطار التي تعمل فيه المنظمة، كل ذلك يوسع أو يضيق من دائرة الاتصال والوسائل التي يمكن اختيارها. ولكن إذا تساءلنا هل بالإمكان عدم استعمال العملية الاتصالية في المنظمة؟

الإجابة تكون مباشرة بالنفي إذا ما شبهنا العملية الاتصالية بسلوك ما، وتكون الإجابة أيضاً بنعم إذا كان تشبيه عملية الاتصال بكلام أو محاورة أو مناقشة، ومن هنا نذكر بتقسيم وسائل الاتصال الإداري الشفهي والكتابي والتي يمكن استعمالها في المستشفى هي:التعليمات الشفهية التي تكون في الغالب في شكل أوامر وتعليمات من الرؤساء والمشرفين.

ولمعرفة وجود الاتصال من عدمه داخل المستشفى الذي يتكون من عدة مصالح طرحنا التساؤل حول ذلك من خلال الدراسة الميدانية السابقة وكانت نسبة 60.90 % تنفي هذا الاتصال، فمن خلال هذه الأرقام يتضح جليا بأن المستشفى يعاني من عملية الاتصال الفعال والتي تضيف صعوبتها إلى الصعوبات التسييرية السابقة.

إن نمط الاتصال الموجود بالمستشفى هو ذو طبيعة تكوينية فقط أي متعلق بالتكوين ونسبة 96.45% توافق على وضع سياسة محكمة

للاتصال، وهذه النسبة لا تتطلب أي تعليق أو تحليل. بالإضافة إلى عدة أنماط تتطلب الاتصال الشفهي، منها:

1. الاتصال الهاتفي.
2. المقابلات الجماعية، مثل الاجتماعات والندوات والمؤتمرات، كلها موجودة في المستشفى، وتشمل مختلف القطاعات.
3. المحادثات العارضة أو الاتصال غير الرسمي، الذي يكون أثناء ساعات العمل أو في فترات الراحة، وما لهذا الاتصال من فوائد جمة.

هذه الوسائل السالفة الذكر هي وسائل اتصال شفهية، وقد رأينا وجودها وتأثيرها بالمستشفى، فما محل الاتصال الكتابي إذاً؟

يأخذ الاتصال الكتابي الأشكال التالية:

1. الخطابات: وهي تكون في الغالب متبادلة بين المؤسسات المختلفة، أو بين المصالح المختلفة، أو بين المؤسسة والوصايا.
2. المذكرات: تكون في الشؤون الداخلية فتكتب لتوضيح بعض المعلومات أو التذكير بالمسؤوليات.
3. التقارير: وتكون من أسفل إلى أعلى وقد تكون دورية أو حسب الحاجة أو الطلب أو حسب النشاط، ففي المستشفى يتم العمل بهذا الشكل بعد القيام بأي نشاط، حيث يتم إعداد تقرير وإرساله للمسؤول حسب التدرج السلمي (من الأسفل إلى الأعلى).
4. الكتيبات أو المطبوعات.

5. لوحة الإعلانات.

وعموما ولمعرفة ما ينتظر العامل من وضع سياسة اتصالية داخل المستشفى، اهتدينا إلى طرح السؤال الآتي من خلال الدراسة المشار إليها سابقاً: ماذا تنتظرون من وضع سياسة للعملية الاتصالية داخل المستشفى؟ وكانت الإجابات كما يلي:

- تحسين العلاقات بين مختلف المصالح بنسبة 66.36 %.
- دمج العمال في تسيير المستشفى بنسبة 64.54 %.
- رفع التحفيز لدى العمال والوصول إلى العمل ضمن فريق (روح الفريق) بنسبة 54.54 % .
- الحصول على التناسق ضمن الفريق بنسبة 43.63%.

في حين أن العمال يرون أن المعلومات تأتي متأخرة بنسبة63.63% وذلك من خلال السؤال الذي طرحناه بهذا الصدد وهو: هل أنتم موافقون، أم موافقون نوعا ما، أم غير موافقين على هذه الآراء؟

- أن المعلومات تأتي متأخرة.
- أن المعلومات دائماً مبهمة.
- أن المعلومات لا تعبر عن احتياجاتنا.
- مرارا نحس بأن هناك تعتيماً إعلامياً.

يرى البعض أن هذه المعلومات لا تعبر عن احتياجاتهم ونسبتهم 48.18 % ،ويرى البعض الآخر(43.63 %)، أنهم يؤكدون بأن هناك تعتيماً إعلامياً لتمرير رسالة ما.

وإذا كان الاتصال يؤدي إلى التنسيق والتعاون بين الأفراد وداخل المؤسسة الاستشفائية الجامعية، فماذا عن التنسيق ذاته؟ علماً بأننا بدأنا بالاتصال قبل التنسيق لما لهما من علاقة جدلية متداخلة، لأن الهدف من ذلك هو الوصول إلى الاتصال الجماعي من أجل خلق علاقات عامة محكمة وهادفة .

يقول السيد هنري بينبري Henry Bunbury إن الإداري الناجح هو الذي تصبح المقدرة على التنسيق لديه بمثابة الغريزة أو العادة [1]، لأن النشاط المتعلق بالتنسيق هو جزء لا يتجزأ من مقتضيات الإدارة العامة، ويتم في جميع الاتجاهات، فهو ضروري بالنسبة إلى مختلف أوجه النشاط داخل الإدارة الواحدة، أي بين مختلف مصالحها، وهو ضروري كذلك في نطاق العلاقة بين الإدارة وبين السلطات السياسية وبينها وبين الأفراد والجماعات، وبينها وبين الهيئات المحلية، وبصفة عامة بين البيئة الداخلية والبيئة الخارجية.

إن التنسيق بمعناه العام، هو التوفيق بين نشاط الجماعة التي تعمل على تحقيق غرض مشترك، والوصول إلى الانسجام بين أفرادها، وذلك لتحقيق الغاية المشتركة أو الهدف المشترك.

المعروف أنه إذا كانت المنظمة الإدارية صغيرة وبسيطة في تركيبها، ومحدودة في وظائفها (عكس ما هو عليه نظام المستشفى) كلما كانت مهمة الرئيس الإداري أو المدير في التنسيق سهلة وميسرة، وكلما اتسع

(1) محمد سليمان الطماوي، المرجع السابق الذكر، ص 217.

نطاق الإدارة، وتعقدت أجهزتها الإدارية، وامتد نطاق نشاطها كلما أصبحت وظيفة التنسيق عسيرة ومعقدة. فكيف هو الأمر جارٍ في المستشفى؟.

إن الدرجة العالية في التمييز والتخصص في النشاطات يخلقان قضايا بالغة الحساسية في المستشفى، والمشكلتان الأساسيتان هما نظام السلطة المزدوج والدرجة العالية من التخصص. ومع أن التنسيق بواسطة الهرم الإداري الرسمي صعب للغاية، فإن المستشفيات تستخدم بشكل واسع وشامل القواعد والإجراءات التنظيمية لغايات التنسيق، وهذه الوسائل التنسيقية هي أكثر ما تكون فعالة في الأعمال الروتينية والمبرمجة، ومع ذلك وبسبب تباين المشكلات المرادفة لعملية العناية بالمرضى ومعالجتهم، فإنه من المستحيل الاعتماد اعتماداً كلياً على الإجراءات الإدارية الرسمية لغايات التنسيق. لذلك فإن إحدى الوسائل الأساسية لتحقيق التكامل بين الأنشطة المتعددة والمختلفة هو التنسيق التطوعي والرغبة من جانب مختلف المشاركين للعمل والفاعلين معاً بشكل فعال للتعامل مع الأعمال غير العادية وغير الروتينية. إن القوة الأساسية التي تكفل التنسيق التطوعي هي نظام القيم الكلي الذي يؤكد على رفاهية ورعاية وحسن التكفل بالمريض كهدف مشترك وأساسي لكل عناصر التنظيم.

وفي الأخير، ندرج نتائج الدراسة الميدانية لمعرفة رأي العمال الخاص بمعوقات السير الحسن للمستشفى؟ فإجابتهم توضح كما يلي:

1. **المعوقات التنظيمية**: كنقص التعاون والتنسيق بين مختلف المصالح، وعدم وجود مشروع مؤسسة، ونقص الصرامة في

العمل، وانعدام التحفيز، وعدم احترام سلم القيم المهنية، والبيروقراطية السلبية في التكفل بالمريض، وعدم كفاءة المسيرين. ويشتكي السلك شبه الطبي من عدم وجود قانون للممرض. وغيرها.

2. **المعوقات المادية**: كنقص الاعتمادات المالية ونقص الأدوية، وقدم الهياكل القاعدية، وتعطل الأجهزة، والمديونية.
3. **المعوقات الاجتماعية**: كضعف الرواتب، وظروف العمل غير اللائقة...إلخ.

وكل هذه المعوقات التنظيمية والمادية والاجتماعية، لا يمكن تجاوزها إلا بتحديد بالضبط ماذا نريد من المنظومة الصحية الجزائرية؟ وما دور المركز الاستشفائي الجامعي؟ وإلى أين نحن سائرون؟؟

إذا بدأنا الحديث عن التسيير الإداري، فنجد أن ميزانية المستشفيات تحدد على المستوى المركزي بواسطة اللجان المختلفة، ثم يتم تسيير هذه الميزانية بطريقة مستقلة بالمستشفى. هذا يعني أنه لم يراع أي تقييم في تحديد الميزانية، زيادة على هذا فإن الأموال المتبقية من الميزانية في آخر يوم من السنة (31 ديسمبر) تتحول مباشرة إلى الخزينة العامة. إن إعداد ميزانية المستشفيات لا تعتمد على دراسات حول نشاط المستشفى أو الأهداف التي يسعى لتحقيقها، بل تضاف نسبة مئوية كل سنة لميزانية العام الماضي، وهذا طبعاً في غياب مشروع المصلحة، هذه المشاريع التي تشكل في الأخير مشروع المستشفى ككل. والزيادة في ميزانية المستشفى تكون في حالة فتح هياكل جديدة أو توظيف عمال جدد.

إن ميزانية المستشفيات كلها تبين ثقل الباب الأول الخاص بأجور العمال، وإذا كانت منظمة الصحة العالمية والبنك العالمي يحددانه ما بين 50 إلى 60 % من الميزانية، فإنه في الجزائر وصل الرقم إلى 80 % مع بعض الحالات التي وصل فيها إلى 93%[1]. كما نسجل غياب ما يسمى التخطيط الوظيفي المتمثل أساساً في تخطيط الميزانية Budget Planing وتخطيط القوى العاملة من جهة، وغياب استخدام المحاسبة التحليلية والاعتماد على الإجراءات التقليدية التي تعود للقرن الماضي من جهة ثانية. وهو الأمر الذي اهتدى إليه من خلال التفكير في وضع نظام تسييري بديل يعتمد على المحاسبة التحليلية وعملية التمويل تكون وفق النشاط المنجز، إنه النهج التعاقدي الذي سنعود له بالدراسة لاحقاً.

إن السؤال الذي يطرح في هذا المقام هو: ماذا يمكننا تسييره إذا كان 80% من الميزانية لا يمكن التقرب منه أو تعديله لأنه مخصص لأجور العمال وأية أجور مع تكاليف المعيشة؟ أي كيف يمكن تسيير مستشفى بـ 20% من ميزانيته؟

وإذا كانت الصحة ليس لها ثمن يقدر كما يقولون، فإن لها تكلفة، وهذه التكلفة ثقيلة وما فتئت تتضاعف، خاصة إذا ما قورنت بغياب تحسن الحالة الصحية للمجتمع.

---

(1) MOSTEFA Khiati, Regard sur la Santé , Alger: Impremerie Dahleb, 1995, p 54.

الفصـــل الثالث

نظام إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية

- تمهيد .
- إدارة الجودة الشاملة كفلسفة إدارية حديثة.
- ماهية إدارة الجودة الشاملة.
- المبادئ التي يرتكز عليها مفهوم الجودة الشاملة .
- المراحل الخمس لتطبيق إدارة الجودة الشاملة.
- أهداف إدارة الجودة الشاملة.
- مبادئ إدارة الجودة الشاملة .
- فوائد تطبيق إدارة الجودة الشاملة .
- العناصر الرئيسة لإدارة الجودة الشاملة.
- معوقات إدارة الجودة الشاملة .
- الجودة في المنظمات الصحية .
- عناصر جودة الخدمات والرعاية الصحية .
- قياس جودة الخدمات الصحية .
- فوائد تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات والمنظمات الصحية .
- مجالات تطبيق إدارة الجودة في المنظمات الصحية .

الفصـــل الثـالث

نظام إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية

تمهيد:

يتطرق هذا الفصل بشيء من التفصيل لإدارة الجودة الشاملة وفوائدها وتطبيقاتها في مجال الرعاية الصحية، مع إبراز لمعوقات إدارة الجودة الشاملة وغيرها من المواضيع ذات الشأن.

إدارة الجودة الشاملة كفلسفة إدارية حديثة:

قبل الحديث عن إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية ومتطلباتها، يجب التعريج ولو ببساطة على هذا المفهوم وهذه الفلسفة التي أصبحت حديث العام والخاص، بل أسلوباً إدارياً لكل منظمة إذا ما أرادت البقاء والاستمرار في ظل المنافسة والعولمة.

يعد مفهوم إدارة الجودة الشاملة من أحدث المفاهيم الإدارية التي تقوم على مجموعة من الأفكار والمبادئ التي يمكن لأي إدارة أن تتبناها، وذلك من أجل تحقيق أفضل أداء ممكن، وقد اختلف الكثير من الباحثين والكتاب حول إبراز تعريف محدد لإدارة الجودة الشاملة، إذ إن الجودة نفسها تحتمل مفاهيم مختلفة من حالة إلى حالة ومن شخص لآخر، وعلى الرغم من تعدد المفاهيم لإدارة الجودة الشاملة، إلا أنه تم الاتفاق على إبراز الكثير من الجوانب الأساسية ومن أبرز هذه التعاريف، تعريف معهد الجودة الفيدرالي الأمريكي: (إن إدارة الجودة الشاملة هي منهج تطبيقي

شامل يهدف إلى تحقيق حاجات وتوقعات العميل، حيث يتم استخدام الأساليب الكمية من أجل تحقيق الأفضل والتحسين المستمر في العمليات والخدمات في المنظمة).

وما تجب الإشارة إليه هنا هو أن إدارة الجودة الشاملة هي مدخل استراتيجي لإنتاج أفضل سلعة أو تقديم أحسن خدمة ممكنة من خلال الابتكار والتحسين المستمر، ولنا في الذكر الحكيم العديد من الآيات التي تحثنا على حسن العمل وجودته، فعلى سبيل الذكر يقول عز من قائل: ﴿صُنْعَ ٱللَّهِ ٱلَّذِىٓ أَتْقَنَ كُلَّ شَىْءٍ﴾[1]، ويقول كذلك: ﴿ٱلَّذِى خَلَقَ ٱلْمَوْتَ وَٱلْحَيَوٰةَ لِيَبْلُوَكُمْ أَيُّكُمْ أَحْسَنُ عَمَلًا﴾[2]، ويقول سبحانه وتعالي أيضاً: ﴿ٱلَّذِىٓ أَحْسَنَ كُلَّ شَىْءٍ خَلَقَهُۥ﴾[3] وقوله تعالى: ﴿إِنَّا لَا نُضِيعُ أَجْرَ مَنْ أَحْسَنَ عَمَلًا﴾[4]. ويقول الرسول صلى الله عليه وسلم:" إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملاً أن يتقنه"، وقوله صلى الله عليه وسلم كذلك:" من غشنا فليس منا، وبشروا ولا تنفروا، ويسروا ولا تعسروا". هذه الآيات والأحاديث كلها تتضمن معاني الإتقان والعمل الحسن وهي مفاهيم ومصطلحات إدارة الجودة الشاملة.

تبدأ إدارة الجودة الشاملة من القمة حيث ترتبط ارتباطاً وثيقاً بتحول المنظمة في ضوء تحسين الأداء الكلي، وتصبح إدارة الجودة الشاملة هي

(1) سورة النمل، الآية 88.
(2) سورة الملك، الآية 2.
(3) سورة السجدة، الآية 7.
(4) سورة الكهف، الآية 30.

المرشد والدليل لعودة الأمور إلى نصابها الصحيح في المنظمة. كما يقول جون ستيوارت ميل: (لا يمكن تحقيق تحسن كبير في رفاهية البشر إلا إذا تغيرت الطرق الأساسية لتفكير الناس تغيراً كبيراً، و الجودة ليست أكثر من تحقيق حاجات العميل)[1]. وقد عرفت إدارة الجودة الشاملة العديد من التعاريف شأنها في ذلك شأن مفاهيم العلوم الاجتماعية المعروفة بتعدد تعاريفها ومفاهيمها.

ماهية إدارة الجودة الشاملة:

تعريف إدواردز ديمينغ: (هي طريقة الإدارة المنظمة التي تهدف إلى تحقيق التعرف والمشاركة المستمرة من العاملين بالمنظمة من أجل تحسين السلعة أو الخدمة والأنشطة التي تحقق رضى العملاء وسعادة العاملين ومتطلبات المجتمع).[2]

تعريف جوزيف جوران: (هي عملية إدارية تقوم بها المنظمة بشكل تعاوني لإنجاز الأعمال من خلال الاستفادة من القدرات الخاصة لكل من الإدارة والعاملين لتحسين الجودة وزيادة الإنتاجية بشكل مستمر، عن طريق فرق العمل وبالاسترشاد بالمعلومات الدقيقة للتخلص من كل أعمال

(1) مأمون الداركي و طارق شبلي، إدارة الجودة الشاملة. بيروت: دار صفاء للنشر والتوزيع، 2001، ص 47.

(2) مدحت أبو النصر، إدارة و تنمية الموارد البشرية، الاتجاهات المعاصرة، القاهرة: مجموعة النيل العربية، 2007، ص 123.

الهدر في المنظمة وتستطيع أي منظمة تحقيق أهدافها، إذا قام كل شخص فيها بعمله على أكفأ وجه)[1].

من خلال هذه التعاريف لأهم أقطاب مدرسة إدارة الجودة الشاملة، يمكننا إعطاء تعريف عام أو إجرائي ويتمثل فيما يلي:

إدارة الجودة الشاملة: هي منهج علمي لتطوير أداء المنظمة والعاملين بهدف تقديم سلعة أو خدمة تلبي حاجيات وتوقعات ورضى العملاء، وذلك من خلال الحرص على التحسين المستمر وتدريب العاملين والعمل ضمن فريق وإشراك العملاء في جميع مراحل العملية.

إدارة الجودة الشاملة عملية مستمرة إلى الأبد، حيث لا تنهي بانتهاء منتوج أو بمجرد تقديم خدمة خالية من العيوب، بل تتعدى هذا المفهوم الضيق للجودة إلى جعل الطرق الجديدة لأداء الأعمال في مجال الإنتاج والخدمات وفي جميع أقسام وإدارات المنظمة جزءاً لا يتجزأ من ثقافة المنظمة، ولتطبيق إدارة الجودة الشاملة هناك مراحل يجب اتباعها.

والجودة الشاملة عموماً هي أسلوب شامل ومستمر في الأداء يشمل كافة مجالات العمل، ويشكل مسؤولية تضامنية للإدارة العليا والإدارات والأقسام وفرق العمل والأفراد، ويشمل نظامها كافة مراحل التشغيل والأداء منذ التعامل مع المورد ومروراً بعملية التشغيل وحتى التعامل مع الأفراد.

---

(1) يقول أفلاطون : تتحقق العدالة في المجتمع فقط إذا قام كل فرد بالمهام المنوطة به في إطار الطبقة التي ينتمي إليها، في هذه الحالة تتحقق العدالة وتسود السعادة في المجتمع وبالتالي يحقق المجتمع برمته أكبر.

المبادئ التي يرتكز عليها مفهوم الجودة الشاملة:

1. مشاركة جميع العاملين في التنظيم.
2. إدارة العمل بطريقة صحيحة.
3. تكلفة الجودة وفقاً للجهود الشاملة.
4. قدرة الإدارة على تقوية مركزها التنافسي، مما يتطلب ضرورة توفير أفكار جديدة ومعلومات.
5. وضع جميع العاملين في شكل مجموعات عمل من أجل مشاركة تعاونية لإنجاز كافة العمليات الإنتاجية والإدارية.
6. تنمية مفهوم الإدارة الذاتية أي إتاحة الفرصة لجميع العاملين لإبداء الرأي والمشاركة الإيجابية في العمل والإدارة[1].

ترتكز فلسفة إدارة الجودة الشاملة على العديد من المفاهيم التي تشكل إطارها العام، من أهمها:

1. أداء العمل بطريقة صحيحة من أول مرة مما يؤدي إلى حد أدنى من العيوب.
2. مشاركة جميع الأفراد.
3. التعاون بين فريق العمل.
4. تكلفة الجودة؛ وتشمل جميع التكاليف التي تتعلق بتحقيق جودة المنتوج.

المراحل الخمس لتطبيق إدارة الجودة الشاملة:

- المرحلة الصفرية، وهي مرحلة الإعداد.

(1) فريد النجار، إدارة الأعمال الاقتصادية والعالمية، القاهرة: المكتبة الإدارية، 1979، ص 241.

- المرحلة الأولى وهي مرحلة التخطيط.
- المرحلة الثانية وهي مرحلة التقييم والتقدير.
- المرحلة الثالثة وهي مرحلة التطبيق والتنفيذ.
- المرحلة الرابعة وهي مرحلة تبادل ونشر الخبرات بين المنظمات(1).

من خلال هذه المراحل يتبين لنا أن بداية تطبيق إدارة الجودة الشاملة هي المرحلة الصفرية، وهي في الحقيقة ليست صفرية بالمفهوم المنطقي، وإنما هي الأرضية التي تنطلق منها إدارة الجودة الشاملة، من خلال إعداد وصياغة رسالة المنظمة أو رؤية المنظمة ووضع الأهداف التي تريد الوصول إليها ومن ثم إعداد السياسة التي تدعم بشكل مباشر الخطة الاستراتيجية بالمنظمة حتى الوصول إلى الالتزام بتخصيص وتوفير الموارد الضرورية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة.

وتعتبر مرحلة التخطيط أساس عملية التغيير في المنظمة والتي يتم فيها إعداد خطة التطبيق وتخصيص الموارد اللازمة، ثم تدخل العملية مرحلة التقييم والتقدير لضمان توفير المعلومات الضرورية لدعم مرحلة الإعداد والتخطيط. وعند مرحلة التطبيق تبدأ ثمار العملية في الظهور وتتحدد المبادرات التدريبية بشكل واضح للإدارة التنفيذية والعاملين وتبدأ فرق العمل في التشكيل وهي الفرق التي سيكون لها الحق في تقييم وتقويم وتحسين العمليات وتطبيق التغيير. أما المرحلة الأخيرة فيتم فيها دعوة

(1) التدريب والتنمية، مجلة علمية متخصصة، تصدر كل 3 أشهر، القاهرة ،العدد 1، جويلية 2007، ص 5.

الأطراف الأخرى في المنظمة لمشاركة الأطراف التي تشمل المنظمة الفرعية ووحدات الأعمال الاستراتيجية والفروع والموردين والأقسام المختلفة داخل المنظمة حيث يتم تبادل ونشر الخبرات والنتائج.[1]

يبقى في الأخير، وهو أهم شيء، التزام الإدارة العليا بعملية التحسين وخلق الصورة الذهنية الإيجابية لإدارة الجودة الشاملة في أذهان جميع العاملين بالمنظمة والتي تصبح إدارة الجودة الشاملة ليست مجرد مفهوم أو فلسفة بل ثقافة.

نظراً للإسهامات العديدة والهادفة التي قدمها في تطوير الجودة في أمريكا من خلال تطبيق الخرائط الإحصائية والتركيز على ضرورة قيام المنظمة بتقليل الانحرافات التي تحصل أثناء العمل، نقدم مبادئ وليم إدواردز ديمينغ **W.Edwards Deming** الأربعة عشر:

يعتبر المستشار الأمريكي ديمينغ بمثابة الأب الذي قاد إدارة الجودة الشاملة، ويتوقف مفهوم إدارة الجودة عنده من خلال أربعة عشر معياراً:

1. تثبيت الغرض من تحسين المنتج أو الخدمة وإقرار مسؤولية الإدارة العليا بشأنها.
2. التكيف مع الفلسفة الجديدة تقوم على اعتبار أن المنظمة تحقق أهدافها من خلال تجاوز الإخفاقات المقترنة بالهدر والضياع في المادة الأولية وانخفاض كفاءة العاملين والتأخير في الإنجاز.

(1) التدريب والتنمية، المرجع السابق الذكر، ص 5.

3. اعتماد الفحص والتفتيش باستخدام الأساليب الإحصائية في السيطرة والتخلص من الإخفاقات في الأداء الإنتاجي.
4. التوقف عن النظر إلى المشروع من خلال السعر.
5. التحسين المستمر لعملية إنتاج السلع والخدمات.
6. إيجاد التكامل بين الأساليب الحديثة والتدريب.
7. تحقيق التناسق بين الإشراف والإدارة وتعني تحسين العملية الإشرافية وتمكين المشرفين من العمل بشكل مباشر مع العاملين في الخطوط والشعب الإنتاجية.
8. إبعاد الخوف من خلال جعل العاملين يعرفون المشاكل وإبلاغ الإدارة المسؤولة عن ذلك دون خوف أو تردد.
9. إزالة الحواجز الموجودة بين الإدارات أي كسر الحدود الموضوعة بين الأقسام المختلفة وجعلهم يعملون سوية وكفريق.
10. تقليل الشعارات والأهداف الرقمية التي لا يمكن تحقيقها.
11. تقليل الإجراءات التي تتطلب تحقيق نتيجة محددة من كل موظف على حدة والتركيز على تكوين فريق العمل.
12. إزالة العوائق في الاتصالات.
13. تأسيس البرامج التطويرية من تعليم وتطوير مستمر للأفراد وبمهارات جديدة.
14. تشجيع الأفراد في العمل والسعي من أجل مواكبة التحسن والتطور المستمرين في الأداء واعتماد سياسات تطويرية جديدة

لكي تحل محل القديمة وتنحية الطرق القديمة واستبدالها بأساليب جديدة.[1]

ومن جهة أخرى حذر ديمينغ من الأمراض القاتلة للجودة وهي سبعة حسبه:

1. عدم ثبات الغرض لتخطيط المنتج والخدمة.
2. النظر إلى الأرباح القصيرة المدى.
3. عدم تقييم الأداء.
4. عدم المرونة بالإدارة.
5. استخدام الإدارة المرئية دون النظر إلى الأرقام المجهولة أو الحقيقية.
6. التفريط بالتكلفة الطبية.
7. التفريط بالتكلفة القانونية [2].

أما معوقات إدارة الجودة الشاملة حسب ديمينغ فهي عدم تحقيق مبادئه السابقة ويمكن حصرها فيما يلي:

1. الحلول الافتراضية البعيدة عن الواقع.
2. الأمل بالحلول الفورية أو الحلول الترقيعية بالمفهوم المعاصر.

---

(1) خضير كاظم حمود، إدارة الجودة الشاملة، ط4، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، 2009، ص 93.

(2) سوسن شاكر مجيد و محمد عواد الزيادات، إدارة الجودة الشاملة، تطبيقات في الصناعة والتعليم، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع، 2007، ص 58.

3. التعليم الخاطئ سواء فيما يخص المعنيين بالتعليم أو محاور التعليم نتيجة التشخيص الخاطئ.
4. البحث عن الأمثلة للمشاكل ومحاولة القيام بالإسقاط ومعلوم أن لكل مشكلة حلاً مناسباً لها.
5. التعليم السيئ للطرق الإحصائية خاصة وأنه يركز كثيراً على الطرق الإحصائية.
6. الانطلاقات الفاشلة من المؤكد أنها تؤدي إلى النتائج الفاشلة.
7. استخدام المعايير العسكرية بالمصانع أي رفض الأساليب التي تقوم عليها الإدارة التقليدية والتي تشبه الأنظمة العسكرية.
8. الاستخدام السيئ للحاسب الآلي.
9. نقص النماذج.
10. الافتراض بضرورة مطابقة المواصفات فقط.
11. الحاجة لتوافر الجهود.
12. العمل الانفرادي.
13. مغالطة مبدأ صفر عيب.
14. النظر للربح القصير الأمد.
15. عدم دعم الإدارة العليا.
16. عدم تطبيق نظرية تحسين الجودة[1].

(1) سوسن شاكر مجيد، المرجع السابق الذكر، ص 59.

أهداف إدارة الجودة الشاملة:

- التركيز على احتياجات السوق وترجمتها إلى مواصفات للتصميم.
- تحقيق أعلى أداء في كل المجالات.
- وضع إجراءات بسيطة لأداء الجودة.
- المراجعة المستمرة للعمليات لإزالة الهدر أو الفاقد.
- ابتكار معايير للأداء.
- إدراك المنافسة وتطوير استراتيجية المنافسة.
- وضع أسلوب تطوير مستمر وبلا نهاية.

من خلال هذه الأهداف يتضح لنا أن مجالات أهداف إدارة الجودة الشاملة هي:

- جودة الموارد البشرية في المقام الأول.
- جودة التكنولوجيا التي تستعمل.
- جودة البنية الداخلية.
- جودة البنية الخارجية [1].

مبادئ إدارة الجودة الشاملة:

- رضى العميل الداخلي، أي العامل بالمنظمة.
- رضى العميل الخارجي، وهم عملاء المنظمة.
- صفرية الأخطاء قدر الإمكان.

(1) مدحت، المرجع السابق الذكر، ص 127.

- التركيز على جودة العمليات سواء كانت سلعة أو خدمة.
- التطوير والتحسين الدائم لمعايير الجودة.

وهنا يثور السؤال: هل لتطبيق إدارة الجودة الشاملة فوائد؟ وما هي عناصرها الرئيسة؟ وما هي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة؟ وهو السؤال الجوهري الذي ينبغي طرحه كلما تعلق الأمر بصعوبات وعراقيل تطبيق أسلوب تسيري بديل وخاصة عندما نتكلم عن الجودة الشاملة والأكثر من هذا إذا كان المجال هو الإدارة العامة وليست إدارة الأعمال والأكثر من كل هذا وذاك في بيئة مثل بيئة الدول المتخلفة؟؟

فوائد تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

- خفض التكاليف.
- خفض الوقت اللازم لإنجاز المهمات.
- تحقيق الجودة.

لو اقتصر الأمر على هذه الفوائد الثلاث لكان كافياً جداً ،ونقول إن لإدارة الجودة الشاملة فوائد جمة ولا يمكن حصرها، بالرغم من أنني حصرتها في ثلاث فوائد، لأن خفض التكاليف يعود بالفائدة والربح بالنسبة لمنظمة والإشكال التي تواجهه جل المنظمات حالياً هو كيفية خفض التكاليف في ظل الأزمات المتعددة لا سيما الأزمة المالية، وعندما تحقق الفائدة الثانية وهي خفض الوقت اللازم لإنجاز المهام، هذا يعني أننا نضاعف العمل والإنتاج ونربح الوقت والجهد وغيرها، وعندما نخفض التكاليف والوقت هذا يعني أن عملنا يتميز بجودة عالية وهي الفائدة الثالثة والمحصلة النهائية.

العناصر الرئيسة لإدارة الجودة الشاملة:

- تخطيط الجودة: والمقصود بها تحديد الأهداف بدقة متناهية ومعرفة احتياجات العملاء وتقديرها ومشاركة العاملين في تحقيق هذه الأهداف وقبلها إشراكهم في عملية التخطيط.
- ضبط الجودة: ومعناها وضع المعايير والمقاييس المناسبة للجودة، وتقييم الأداء الفعلي مقارنة بما يجب أن يكون وعندها حصر الانحرافات وتوجيهها وبالتالي تقويم الأداء وتدعيمه.
- تحسين الجودة: وهي فتح المجال للإبداع والابتكارات وتشجيع المبادرات الهادفة واقتراح سبل التحسين عن طريق التدريب والتحفيز ووضع أنظمة تضمن الاحتفاظ بالمكاسب والسعي دوماً نحو تحسين الجودة بصفة دائمة ومستمرة.

معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

- فقدان الثقة في المدير.
- الاتصالات الرديئة وغير الناجعة.
- عدم انضباط الموظفين.
- ضيق الوقت.
- الانفراد في الرأي.
- سوء نظام المكافآت والحوافز.

هذه العناصر هي فعلاً معوقات وعراقيل تقف أمام تطبيق الجودة الشاملة خاصة في قطاع الخدمات العمومية التي لا تهدف إلى الربح والتي تسيرها أنظمة أقل ما يقال عنها إنها بيروقراطية بالمفهوم السلبي، و غير

مرنة، فهذا المدير عين من الأعلى ولا يحظى بثقة الموظفين وربما ليس هو الرجل المناسب في المكان المناسب، أما الاتصالات فحدث ولا حرج، فهي الغائب الأكبر في المنظمات العمومية والاتصالات إن وجدت بها فهي ضيقة ورسمية ومحدودة، تتميز بالانفراد في الرأي وغلق المنافذ أمام العاملين، ونتيجة للعنصر الأول والثاني نتج سلوك للعاملين يتصف باللاانضباط واللامبالاة .

هناك من يعتقد أن إدارة الجودة الشاملة هي تقنية أو آلة بحيث عندما تشغل تحقق أهدافها بسرعة، والعكس هو الصحيح، فإدارة الجودة الشاملة تتطلب الوقت الكافي والعمل الدؤوب والمتواصل حتى تأتي أكلها ولا يجب استباق الأحداث. فكيف يمكننا تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية مع ما تعرفه من تعقيد وخصوصية؟

الجودة في المنظمات الصحية:

يتمثل نظام الجودة في المنظمات الصحية في رؤية ورسالة المستشفى، بحيث من خلال نشر وترسيخ ثقافة الجودة وإدارة المخاطر في المستشفى، وإرساء قواعد السلامة العامة وسلامة المريض وخدمة الزبائن، وخلق لغة مشتركة تهدف إلى تقديم الجودة الشاملة والارتقاء إلى أفضل درجات الأداء الطبي والتمريضي والتقني والخدماتي من خلال رؤية استراتيجية شاملة، والتمييز في تطبيق معايير الجودة المحلية والعالمية.

أما الرسالة فهي العمل بجهد للوصول إلى تحقيق الجودة الشاملة في عملهم كهدف استراتيجي والتركيز على المريض وتلبية حاجياته والعمل على تطبيق سياسة الجودة في مجال الإنتاجية والتقديمات والخدمات الطبية

وفق معايير الأيزو 9001 [1]. والعمل على شرح هذه السياسة والتأكد من حسن استيعابها وتطبيقها وتطورها في كافة دوائر ومصالح وأقسام ووحدات المستشفى.

وتبرز رؤية ورسالة المستشفى من جانب النشاطات العديدة والمتعددة والمتكاملة التي يقوم بضمانها المستشفى، ونذكر منها:

- تطوير الأداء وسلامة المريض واحترام حقوقه وضرورة إبلاغ المريض بالمعلومات اللازمة، وهذه كلها تهدف إلى تقديم أفضل عناية لتحقيق رضى المريض ومرافقيه، وهي من أهم مبادئ إدارة الجودة الشاملة التي تركز على العميل أو الزبون، وهو المريض الذي يأخذ هذه الصفة في المستشفى.
- تطبيق سياسة الجودة وإدارة المخاطر في كافة أرجاء المستشفى.
- إدارة ومتابعة خطة السلامة العامة وإدارة المخاطر داخل المستشفى.
- تسجيل وإدارة ومتابعة الحوادث الشخصية بشكل مباشر.

---

(1) الأيزو 9000 هو سلسلة من المعايير والتوصيات التي تحدد أدنى مستلزمات نظام ذي نوعية فعالة مقبولة عالمياً، تحترم المنظمات معيار الأيزو 9001، أو 9002، أو 9003 بمجرد التسجيل، وتسجيل نظام النوعية في منظمة ما يتم إثر تدقيق يقوم به طرف ثالث، أما الأيزو 9001 فهو الأشمل لأنه يثبت عملية احترام المعايير، بدءاً بتطوير سلعة ما، مروراً بإنتاجها وإخضاعها للتجربة وتثبيتها، أما الأيزو 9002 فلا يغطي سوى مجالات الإنتاج والتثبيت والخدمة في الشركة، لكن المعيارين يقتضيان نفس درجة الاحترام في كل من مجالي العمل الذي يغطيانه، وخلافاً للسابقين فإن الأيزو 9003 لا يختص إلا بالكشف والاختبار النهائيين. انظر: جون رابيت، بيتر بيرغ، دليل الجيب إلى الأيزو 9000، (ترجمة: مركز التعريب والبرمجة)، بيروت: الدار العربية للعلوم، 1999، ص 10.

- إدارة وتقييم المريض ومتابعة الشكاوى والاقتراحات المقدمة.
- متابعة استمارات تقييم رضى الموظف.
- مراقبة الملفات والمحافظة على نظام الجودة حسب المعايير المحلية والعالمية.

لا شك أن أول ما شغل بال الإنسان منذ القديم هو صحته وعافيته وقد سعى من أجل ذلك للعلاج والوقاية حسب ظروفه وإمكانياته وعلمه، وعلى هذا يخطئ من يقول إن الحرص على الرعاية الصحية وجودة خدماتها هي من إنتاج القرن الحالي، لذا نحاول معرفة التطور التاريخي لمفهوم الجودة في الخدمات وإدارة الرعاية الصحية.

يرجع تاريخ الجودة في المجال الصحي إلى القرن الثامن عشر قبل الميلاد وبالضبط إلى قانون حمورابي ملك بابل ، حيث يحتوي قانونه على أقدم تشريع عرفه الإنسان تتعلق بتكاليف ورسوم[1] الخدمات المقدمة والذي جمع بين الجودة وتكلفة الرعاية الصحية . كما تضمن قانون حمورابي بنوداً خاصة بالعقوبات المرتبطة بالأخطاء الجراحية والتقصير والإهمال، وقد رأينا هذا من خلال الفصل الأول.

وفي القرن الخامس قبل الميلاد احتوت كتب "توت" في الحضارة المصرية القديمة على بعض معايير الممارسات الطبية، حيث عد أي انحراف عن هذه المعايير جريمة تستوجب العقاب.

---

(1) سميت الحضارة البابلية، والتي وصلت إلى ذروة ازدهارها في عهد الملك حمورابي، بالحضارة التجارية نتيجة الوثائق الكثيرة التي كانت تستعمل في التعاملات التجارية والخدماتية ومنها الرعاية الصحية.

وفي القرن الرابع قبل الميلاد وضع أرسطو(384-322 ق م) قانوناً يؤكد أنه لا يسمح للأطباء بتغيير طريقتهم الاعتيادية في المعالجة إلا في ظروف قصوى. وفي عصر الإغريق طلب أبقراط (أبو الطب) من تلاميذه أن يقسموا (قسم أبقراط، أو قسم الطبيب) على أن يقدموا لمرضاهم أفضل ما يمكن تقديمه من رعاية. وقد أدت هذه الخلفية التاريخية إلى تأسيس وترسيخ قيم وتقاليد مهنية معينة تحكم ممارسة مهنة الطب منذ عصور ما قبل الميلاد وحتى عصرنا الحاضر.

وفي العصر الحديث أدى إنشاء الكلية الأمريكية للجراحين عام 1913م إلى حدوث تطورات رئيسة في مجال جودة الرعاية الطبية من أهمها تحسين التوثيق للإجراءات الجراحية وإعداد الالتزام بما يعرف ببروتوكولات العلاج، هذا وقد انضمت الكلية الأمريكية للجراحين وعدد من الهيئات الأخرى لتشكل ما يعرف بالهيئة المشتركة لاعتماد المستشفيات عام 1951م والتي تابعت حركة تحسين الجودة في المستشفيات وذلك بوضعها لضوابط محددة للأداء في المنظمات الصحية. وتتابعت جهود تحسين الجودة في القطاع الصحي تحركها لتصل إلى أهم أعمالها وهي فكرة معايير الجودة والنوعية أو تأكيد الجودة في السبعينيات والثمانينيات من القرن الماضي.

في التسعينيات من القرن الماضي انتشرت مفاهيم إدارة الجودة الشاملة (Total Quality Management) والتي تستند إلى المبادئ التي وضعها خبراء الجودة أمثال: ديمينغ, وجوران, وكروسبي، والتي بدأ تطبيقها في القطاع الصناعي في اليابان في أعقاب الحرب العالمية الثانية ثم

امتدت تدريجياً إلى القطاعات الأخرى بما فيها الخدمات الصحية. يعد مفهوم جودة الرعاية الصحية مفهوماً متعدد الأبعاد والجوانب حيث إنه يرتبط بأحكام تقديرية عن ماهية الجودة ومكوناتها ومن جهتها قدمت منظمة الصحة العالمية في تقريرها لعام 1988، أن جودة الخدمات والرعاية الصحية هي تطبيق العلوم والتقنيات الطبية لتحقيق أقصى استفادة للصحة العامة, دون زيادة التعرض للمخاطر, وعلى هذا الأساس فإن درجة الجودة تحدد بمدى أفضل موازنة بين المخاطر والفوائد.

أما الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية The Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) فقد قدمت تعريفها بهذا الشكل: جودة الرعاية الصحية هي الأداء المناسب (وفق المعايير), للتدخلات المعروفة بسلامتها, والتي يمكن تحمل نفقاتها من قبل المجتمع المعني ولها تأثير إيجابي على معدلات الوفيات والإعاقة وسوء التغذية.

وأخيراً، ومن خلال هذه التعاريف نستطيع القول إن جودة الرعاية الصحية هي الدرجة التي تبلغها الخدمات الصحية المقدمة للأفراد والجماعات في زيادة الحصيلة الصحية المرغوبة ضمن إطار اقتصادي معين وموازنة للمخاطر بالفوائد, بما يتماشى مع المعرفة المهنية الراهنة. وبعبارة أخرى فجودة الرعاية الصحية من منظور إدارة الجودة الشاملة يتمثل في جودة الرعاية الفنية المقدمة للمريض، أي الجانب التقني، المعارف والمهارات التي تساهم في تقديم العلاج من أطباء وممرضين ومشغلي الأشعة والتحاليل وغيرهما و الحرص الشديد على أن لا يتعرض المريض لأية خطر محتمل

سواء تعلق الأمر بالعدوى الاستشفائية أو غيرها. بالإضافة إلى جودة فن الرعاية المقدمة للمريض ويتعلق هذا العنصر بالعلاقات الإنسانية بين الطاقم العلاجي والمريض ومرافقيه أي قبول الخدمات من طرف المريض وأهله والرضى التام وإشباع حاجة المريض، وكذا العدالة في تقديم الخدمات وفعالية الأطراف المشتركة في العملية العلاجية وسهولة الحصول على الخدمة الصحية، دون إهمال التوازن في تخصيص الموارد والإمكانيات المتاحة.

لا يمكن أن نتكلم عن جودة الخدمات الصحية دون الاهتمام بجودة المظهر الخارجي للمستشفى من بنايات وهياكل ومرافق ونظافة وتغذية وغيرها.

من خلال هذه التعاريف والمفاهيم الخاصة بجودة الرعاية الصحية من منظور إدارة الجودة الشاملة. نستنتج عناصر جودة الخدمات والرعاية الصحية فيما يلي :

عناصر جودة الخدمات والرعاية الصحية:

1. **فعالية الرعاية والمقصود بها:** درجة تحقيق الإجراءات الصحية والعلاجية المستخدمة للنتائج المرجوة منها والأهداف المسطرة أي أن تؤدي الرعاية الصحية إلى تحسن متوسط العمر- متوسط الأمل في الحياة ــ مع توافر القدرة على الأداء الوظيفي والشعور بالرفاهية والسعادة بشكل مستمر.
2. **الملاءمة:** وهي اختيار الإجراءات الصحية الملائمة لحالة المريض والتي تستجيب لها حالته المرضية في الزمان والمكان .

3. **القبول:** يعني قبول المريض وأفراد عائلته والمجتمع برمته الإجراءات والاستخدامات والبرامج الصحية المعتمدة من طرف المستشفى أو الهياكل الصحية الأخرى.
4. **إمكانية الحصول على الخدمة الصحية:** وهي أن طالب الخدمة الصحية مهما كان نوعها كالاستعجال أو الفحص أو الكشف أو التحاليل أو مواعيد الاستشارة والمراجعة والمراقبة يحصل عليها المريض في الوقت المناسب حتى لا تتعرض حالته الصحية لمضاعفات أخرى.
5. **العدالة:** وهي تقديم العلاج لطالبه وذلك حسب حاجته وعدم وجود تفاوت في إمكانية الحصول عليها بين فئات المجتمع لأسباب غير صحية.
6. **الكفاءة:** الاستخدام الأمثل للموارد المادية والمالية والبشرية دون التقصير أو إهمال لاحتياجات المرضى الآخرين الذين سيأتون في المستقبل، لأنه لا أحد يعلم متى يمرض ومتى يحتاج للرعاية الصحية.

قياس جودة الخدمات الصحية:

إن نظام الاعتماد للجودة من أهم النظم العالمية التي تهدف إلى تحسين جودة الخدمات الصحية مما يعود بالنفع على صحة المواطن والمجتمع بالإضافة إلى بناء الثقة بين الجهاز الصحي والمواطنين ومراعاة حقوق المرضى وضمان رضائهم عن الخدمة الصحية ، كما أن الالتزام بمعايير الأمان وسلامة المرضى تعتبر من أهم المعايير التي يركز عليها

برنامج اعتماد جودة الخدمات الصحية، وبالتالي يمكن قياس جودة الخدمة الصحية باتباع العديد من الأساليب والمناهج.

لقد تم تطوير منهجية قياس جودة الخدمة الصحية بحيث من خلالها يتم قياس رضى الزبون (المريض)، ويبدأ هذا المدخل من الفرضية الداعية بأن جودة الخدمة تحدد بصورة قاطعة في الفرق ما بين توقعات الزبون وبين مداركه لتلك الخدمة المقدمة، ومعايير قياس الجودة وفق هذا المدخل تتمثل في عشر فئات هي:

1. المعولية أو الاعتمادية أي أن الزبون يعول ويعتمد على الأداء الذي يتوقعه.
2. الاستجابة وتتمثل في جدية العاملين على مختلف المستويات في تقديم الخدمة.
3. الجدارة وهي اقتناء الأجهزة والمعدات والمعارف والمهارة لتقديم الخدمة.
4. سهولة الوصول إلى الخدمة وسهولة الاتصال لتحقيقها.
5. الكياسة والمجاملة وهي كل أشكال الود والاحترام والصداقة والاتصال مع الزبون.
6. الاتصال والإعلام الدائمان مع المريض بحيث توصل له كافة المعلومات التي يحتاجها وباستمرار.
7. المصداقية أي خلق جو من الثقة والأمانة مما يجعل الزبون يشعر بارتياح تام واطمئنان.

8. الأمان ومعناه عدم شعور الزبون بالخطر والمخاطرة مهما كانت نوعها.
9. الفهم التام لحاجيات المريض.
10. الملموسية وتعني الحقائق والمعطيات المادية للخدمة مثل التسهيلات المادية وحالة المرافق التي يستخدمها الزبون.(1)

وعليه فقياس جودة الخدمات إنما هو الفجوة ما بين التوقعات وبين المدارك ويمكن الوصول إليها من خلال المقارنة المرجعية.

إن قياس الأداء أو الخدمة يتمثل في توقع العميل(الزبون، المريض) لمستوى الخدمة أو ما تحقق،مقارنة بما ينبغي، وحينها نقيس الفارق أو الفجوة ونقوم بالتعديل، وعليه يمكن بذلك قياس جودة الخدمات الصحية باستعمال الأساليب المعروفة والمقدمة من قبل خبراء إدارة الجودة الشاملة وهي الأبعاد العشرة التي ذكرناها أعلاه، وسنذكر بها هنا لما لمسناه من بعض الاختلافات :

1. **الفورية:** أو سهولة الوصول إلى الخدمة في الموقع المناسب والوقت المناسب وبغير انتظار طويل .
2. **الاتصالات:** أو دقة وصف الخدمة باللغة التي يفهمها العميل (المريض الزبون) وقد يعقد الأمور هذا البعد خاصة في الدول المتخلفة، بحيث نجد القائمين على تقديم العلاج يتكلمون لغة لا يفهمها المريض ومرافقوه.

(1) عبد الستار العلي، تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، 2008، ص 309.

3. **المقدرة:** أي امتلاك العاملين للمهارات والقدرات والمعلومات اللازمة.
4. **الثقة والمصداقية:** حيث ينظر العاملون في المنظمة إلى العميل بوصفه جديراً بالثقة.
5. **الاعتمادية:** حيث تقدم الخدمة للعميل بدقة يمكنه الاعتماد عليها.
6. **الاستجابة:** حيث يستجيب العاملون بسرعة وبشكل خلاق لطلبات العميل ومشكلاته.
7. **التجسيد:** ويركز هذا العنصر على الجانب الملموس من الخدمة كالأجهزة والأدوات التي تستخدم في تأديتها.
8. **الأمان:** بمعنى أن تكون الخدمة خالية من المخاطرة والمغامرة والشك.
9. **فهم ومعرفة العميل:** أن يبذل العاملون جهداً لتفهم احتياجات العميل وأن يمنحوه اهتماماً شخصياً.
10. **المجاملة:** بمعنى التعامل مع العميل بصداقة واحترام وتقدير أي أنسنة العملية العلاجية، لأن تقديم الرعاية الصحية هي عملية إنسانية بحتة.

وهناك من دمج هذه الأبعاد العشرة في خمسة أبعاد فقط هي: النواحي المادية الملموسة في الخدمة, الاعتمادية, الاستجابة، الأمان والتعاطف. كما احتوت هذه الأبعاد على اثنتين وعشرين عبارة تترجم مظاهر جودة الخدمة بالنسبة لكل بعد من هذه الأبعاد.

1. **الجوانب الملموسة**: وتشمل المتغيرات الآتية:
   - جاذبية المباني والتسهيلات المادية.
   - التصميم والتنظيم الداخلي للمباني.
   - حداثة المعدات والأجهزة الطبية ومسايرتها للتكنولوجيا.
   - مظهر الأطباء والعاملين.
2. **الاعتمادية**: وتشمل المتغيرات الآتية :
   - الوفاء بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة.
   - الدقة وعدم الأخطاء في الفحص أو التشخيص أو العلاج.
   - توافر التخصصات المختلفة.
   - الثقة في الأطباء والأخصائيين والممرضين
   - الحرص على حل مشكلات المريض.
   - الاحتفاظ بالسجلات والملفات الطبية الدقيقة.
3. **الاستجابة**: وتشمل المتغيرات الآتية:
   - السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة.
   - الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال.
   - الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض.
   - الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوى.
   - إخبار المريض بالضبط عن ميعاد تقديم الخدمة والانتهاء منها.

4. **الأمان**: ويشمل المتغيرات الآتية:

- الشعور بالأمان في التعامل.
- المعرفة والمهارة المتخصصة للأطباء.
- الأدب وحسن الخلق لدى العاملين.
- استمرارية متابعة حالة المريض.
- سرية المعلومات الخاصة بالمريض.
- دعم وتأييد الإدارة للعاملين لأداء وظائفهم بكفاءة.

5. **التعاطف**: ويشمل المتغيرات الآتية:

- تفهم احتياجات المريض.
- وضع مصالح المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين.
- ملاءمة ساعات العمل والوقت المخصص للخدمة المقدمة.
- العناية الشخصية بكل مريض.
- تقدير ظروف المريض والتعاطف معه.
- الروح المرحة والصداقة في التعامل مع المريض(الجانب النفسي والاجتماعي)[1] .

فعلا يمكن الاهتداء بهذه الأبعاد والحرص على تطبيقها، ولكن في المقام الأول يجب تبليغها لمختلف الأطراف حتى تصبح لديهم من البديهيات

(1) حنان الأحمدي، تحسين الجودة: المفهوم والتطبيق في المنظمات الصحية ، دورية الإدارة العامة، الرياض، مركز البحوث ـ معهد الإدارة العامة ، المجلد الأربعون، العدد الثاني، أكتوبر 2000.

يعتادون عليها ويغيرون سلوكهم وفقها، ومنه يكتسبونها كثقافة ومناخ تنظيمي، إنها فلسفة الجودة الشاملة.

تقدم الإدارة في المستشفى أو الهياكل الصحية الأخرى في نهاية كل ثلاثي وسداسي وفي نهاية كل سنة حصيلة النتائج المحققة والنشاطات المنجزة وكل ما يتعلق بعمل هذا الهيكل، ومنه يمكن مقارنة النتائج المحققة مع الإمكانيات المادية والبشرية المتوافرة، وعندما نطبق نظام إدارة الجودة الشاملة هناك مبادئ بسيطة يمكن من خلالها الحكم على جودة الأداء أو النظام الصحي المعتمد، فعلى سبيل المثال نحكم على جودة الخدمات من خلال:

- التقليل من الاختلافات في الممارسة الطبية وتقليل الأخطاء الطبية يدل على الجودة.
- قصر أوقات الانتظار بين المواعيد وقصر الانتظار لإجراء العمليات الجراحية والمخبرية و الكشوفات يدل على جودة النظام.
- انطباع ورأي المريض عن النظام الصحي يدل على مدى جودة النظام.
- توفير الخدمات الصحية بشكل مقبول لجميع فئات المجتمع بشكل متوازن، الأطفال والنساء وكبار السن وأصحاب الإعاقات وذوي الأمراض المزمنة والشباب وغيرهم، يدل على جودة النظام الصحي.

- الالتزام بالمعايير والأخلاقيات الطبية والإدارية دليل آخر على جودة النظام.
- وجود معايير ونظم واضحة تحكم النظام الصحي تدل على جودته.
- توفر الخدمة الصحية الفعالة في الوقت والمكان المناسبين للمريض دليل على مدى جودة النظام الصحي.

هذه المؤشرات العامة، بعضها يمكن قياسه بشكل موضوعي والبعض الآخر يظل خاضعاً لوجهات النظر الشخصية والخلفية التي منها ينطلق التقييم.

فوائد تطبيق إدارة جودة الشاملة في المستشفيات وفي المنظمات الصحية:

أولاً: فوائد تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات

الصحة ليس لها ثمن ولكن لها تكلفة وهذه التكلفة ما فتئت تتزايد وتتضاعف، وتمويل الخدمات الصحية هو ما يؤرق الدول والحكومات مهما كانت درجة تطورها والإنفاقات المخصصة لقطاع الصحة، وحصة الأسد من هذه الأموال تستهلكها عامة المستشفيات نتيجة طبيعة نشاطها المتعدد بين العلاج والفحص والوقاية والتكوين والبحث وغيرها، لذا تواجه المستشفيات تحديات كبيرة ومتعددة لعل في مقدمتها التكاليف المتزايدة في إنتاج الخدمات الطبية، وتحديات جودة هذه الخدمات، وكيفية التوفيق بينها لاسيما وأن هذه المستشفيات تتعامل مع صحة الإنسان وعامل الحياة والموت.

وقد أقرت منظمة الصحة العالمية في تقريرها السنوي لعام 2008، بالعيوب الشائعة في تقديم الخدمات الصحية، وقد صنفتها ضمن العناصر التالية:

1. **الرعاية العكسية**: استفادة الأغنياء من الإمكانات الموجودة بالرغم من قلة حاجتهم للرعاية والعكس بالنسبة للفقراء.
2. **الرعاية المجزأة**: التخصص في تقديم الخدمات والتركيز الضيق في كثير من البرامج بالإضافة إلى تجزئها بين الفقراء والأغنياء
3. **الرعاية غير المأمونة**: عدم ضمان معايير السلامة والمعايير الصحية وانتشار العدوى الاستشفائية والأخطاء في الأدوية والأخطاء الجانبية.
4. **سوء توجيه الرعاية**: التركيز على الخدمات العلاجية المكلفة وإهمال الوقاية الأولية.[1]

وبالمقابل فإن المنشآت الصحية تواجه تحديات وضغوطات مختلفة من الداخل ومن الخارج خلال العقود الأخيرة من القرن الماضي وبداية القرن الحالي من أهمها:

1. ارتفاع تكاليف المعدات والأجهزة الطبية.
2. طرح فكرة التخصص الدقيق في الممارسات الطبية المختلفة رغم قلة المتخصصين وزيادة تكلفة الأجهزة والمعدات المناسبة لتلك التخصصات.

(1) تقرير منظمة الصحة العالمية لعام 2008، المرجع السابق الذكر، ص 9.

3. زيادة الطلب على مختلف أنواع الخدمات الصحية الحديثة، لأن المريض حالياً أصبح يبحث عن صحة أفضل وبالتالي نفقات وإمكانيات أكبر، وقد رافق هذه الزيادة زيادة من نوع آخر تتمثل في الاهتمام بتلبية احتياجات وتوقعات العملاء.
4. زيادة قوة التنافس بين المنشآت الصحية المتشابهة.
5. ارتفاع نسبة الأخطاء الطبية.
6. زيادة نسبة الشكاوى القانونية المقدمة ضد المستشفى بسبب سوء ممارسة المهن الطبية.
7. زيادة درجة الوعي لدى المستفيدين والمنتفعين بالخدمة وارتفاع نسبة اهتمامهم بالجودة.
8. غياب الإدارة الفعالة وانعدام التنسيق بين الأقسام المختلفة.

جميع هذه الأمور شكلت حاجزاً أمام المنشآت الصحية أدت إلى دفعها لتطوير النظم الموجودة فيها بطريقة تخدم المنتفعين وتقدم نظاماً صحياً متكاملاً ومناسباً للمرضى وعلى مستوى عالٍ ومقبول من الجودة. وعليه جاءت إدارة الجودة الشاملة لتحقق الاستخدام الأمثل للموارد وتقنين الإنفاق والجودة المتكاملة في العمليات والخدمة المقدمة للمرضى والمراجعين للمستشفيات.

ثانياً: فوائد تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية

1. **جودة الرعاية المقدمة:** الهدف من تطبيق إدارة الجودة الشاملة هو تحقيق مستويات عالية من الجودة في الرعاية الطبية التي توفرها

المستشفيات والاستخدام الأمثل لمواردها المادية والبشرية وذلك بترشيد النفقات.

2. **رضى العملاء أو المرضى أو الزبائن:** تستهدف إدارة الجودة الشاملة تقديم خدمة صحية عالية الجودة وبما يتفق مع تطلعات المستفيدين منها وذلك من خلال عملية تستهدف تحسيناً مستمراً للجودة بما يتفق ويتفوق على توقعات العملاء.
3. **رفع معنويات العاملين:** تعد مشاركة العاملين في صنع القرار من أساسيات إدارة الجودة الشاملة، فهم يعتبرون عملاء داخليين يجب إرضاؤهم.

مجالات تطبيق إدارة الجودة في المنظمات الصحية:

لا تقتصر إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات أو الهياكل الصحية على مجال دون المجالات الأخرى، لذلك فهي تشمل كل ما له علاقة مباشرة أو غير مباشرة بتقديم الرعاية الصحية، وقد حققت العديد من المنظمات الصحية فوائد ومكاسب مهمة كتحسين الجودة والكفاءة ورضاء العملاء وتحسين بيئة العمل نتيجة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة. والسر الكامن في تحقيق هذه النتائج من خلال تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة يكمن في تبسيط إجراءاتها أو تحسينها والقضاء على الهدر والتكرار وعلى اختلاف الطريقة التي تؤدى بها النشاطات وتقديم الخدمات، ويمكن الإشارة إلى الإجراءات التالية:

تبسيط الإجراءات:

يساعد تطبيق نموذج الجودة الشاملة على تحديد سبل تبسيط إجراءات العمل من خلال اختصارها أو تحسينها، وقد تمكن مستشفى جامعة ميتشيجن (University of Michigan Hospital) من تخفيض مدة وتكلفة الإقامة وأجور العاملين بما قيمته (500.000) دولار أمريكي سنوياً نتيجة لتبسيط إجراءات الدخول وتخفيض فترة انتظار المريض قبل أن يتم تحويله إلى الغرفة التي تخصه.

تحسين الإجراءات:

يهدف نموذج الجودة الشاملة إلى السعي الدؤوب لتقصي فرص التحسين واغتنامها. وقد تمكن مستشفى وست باسس فيري (West Paces Ferry) من تقليص معدل العمليات القيصرية والبالغ (22٪) من المعدل السنوي للمواليد بالمستشفى إلى أقل من (10٪) وذلك باستخدام أسلوب المقارنات المرجعية (Benchmarking)، حيث تم اختيار مستشفيات الدانمارك والتي تبلغ فيها نسبة الولادات القيصرية 5٪ لتكون معياراً لعملية التحسين ومن ثم جرى العمل على تحديد أوجه القصور في طرق العمل وتحسينها لتحقيق المستوى المطلوب من الأداء. كذلك تمكن مستشفى جامعة ميتشغن (University of Michigan Hospital) من رفع معدل تشغيل غرف العمليات بنسبة (30٪) نتيجة لتحسين جدولة استخدامها.

كفاءة التشغيل:

وقد تمكن مستشفى سنترال دو بيج في ولاية إلينوي الأمريكية من توفير (73.000) دولار أمريكي سنوياً بتخفيض استهلاك الإبر الوريدية في وحدة الطوارئ نتيجة لتدريب العاملين على استخدامها بشكل أفضل. وفي برنامج زراعة نخاع العظام بمستشفى لوثرن جنرال في ولاية إلينوي تم تخفيض الهدر في استهلاك أحد الأدوية الباهظة الثمن والناتج عن التأخر في إعطائه للمريض مما يفقده صلاحيته للاستخدام وقد كان يكلف المستشفى حوالي (120.000) دولار أمريكي سنوياً.

القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية:

من أهم المشكلات التي تواجه المنظمات الصحية اختلاف الطرق التي يؤدي بها الأطباء عملهم، وما لذلك من انعكاسات على مستوى الجودة والكفاءة. ويسهم تطبيق مفهوم الجودة الشاملة في القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية واختيار الطرق الأفضل لأداء العمل وفقاً للأدلة والحقائق العلمية. وفي أربعة مستشفيات تابعة لمركز إنترماونتن Intermountain وجدت الاختلافات التالية بين مجموعة متماثلة من المرضى الذين أجريت لهم عملية جراحية معينة من قبل ستة عشر جراحاً تابعين للمركز: تراوحت مدة العملية الجراحية بين (20) إلى (90) دقيقة، وتراوح وزن الأنسجة المستأصلة في العملية بين (13) إلى(45)غراماً، وتراوحت مدة بقاء المريض في المستشفى بين(2.7) إلى (4.9) أيام، مما يعكس تفاوتاً غير مبرر في الأسلوب الإكلينيكي المتبع. وقد تمكن فريق التحسين والمكون من مجموعة من الجراحين المعنيين من دراسة هذه

الاختلافات ومن ثم تحديد الأسلوب الأفضل لإجراء هذه العملية الجراحية وبالتالي القضاء على هذه الاختلافات.

الحد من تكرار العمليات:

يساعد تطبيق هذا المفهوم على تحديد الطرق الأفضل لأداء العمل ومن ثم الحد من التكرار وما لذلك من تأثير سلبي على مستوى الجودة والكفاءة والإنتاجية ورضاء العملاء. وفي دراسة أجريت في مستشفى هنري فورد وجد بأن (25%) من مسحات عنق الرحم تتم إعادتها لأن حجم العينة ليس مناسباً لإجراء التحليل. و كان ذلك يسبب إزعاجاً للمريضات ويؤدي إلى زيادة غير مبررة في تكاليف العلاج. وقد تم القضاء على المشكلة بعد أن تبين لفريق التحسين أن الأطباء يتبعون طرقاً مختلفة لإجراء مسحة عنق الرحم وأن بعض هذه الطرق يحقق نتائج أفضل من غيره.(1)

إن تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية يتوقف على تبني وتشبع والتزام الموظفين من أبسطهم إلى أعلاهم رتبة وفي مختلف مناصب عملهم بفلسفة الجودة، لأن التغيير الثقافي وخلق مناخ تنظيمي جديد لا يتم بين يوم وليلة، لذلك لابد من وجود التزام من قبل الموظفين بتطبيق برامج الجودة، وكما هو معروف فإن إدارة الجودة تعمل على تعزيز أسلوب أداء العمل الصحيح من المرة الأولى خاصة إذا تعلق الأمر بالخدمات الصحية.

(1) حنان الأحمدي، المرجع السابق الذكر.

إدارة الجودة الشاملة ليست مجموعة من البرامج أو وصفة سحرية يتم تطبيقها وحسب، بل هي نظام إداري متسلسل ومتكامل ولا يمكن لنظام الجودة إحراز أي تقدم أو تحقيق أهداف دون إحداث تغيير في مفاهيم الموظفين تجاه أهمية الجودة النوعية وإعطائهم دورات تدريبية مكثفة عن ماهية الجودة وكيف يتم تطبيقها بصورة سليمة على جميع أقسام المستشفى، بالإضافة إلى الصبر والمثابرة لما قد تتطلبه إدارة الجودة الشاملة من وقت حتى تأتي أكلها.

الفصل الرابع

كيفية تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات الجزائرية

- تمهيد .
- المبادئ الأساسية للسياسة الصحية في الجزائر.
- تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المراكز الاستشفائية الجزائرية.
- إدارة الجودة في المراكز الاستشفائية الجامعية .
- تصور أبعاد الجودة الشاملة في المركز الاستشفائي الجامعي.
- الشروط اللازم توافرها لحدوث تطبيق ناجح وفعال لنظم وبرامج الجودة.
- الخطوات التي يجب اتباعها لإدخال نظم الجودة للمستشفيات.
- هياكل الجودة الشاملة.
- وظائف إدارة الجودة في المركز الاستشفائي الجامعي.

الفصل الرابع

كيفية تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات الجزائرية

تمهيد:

نتناول في هذا الفصل إمكانية تطبيق إحدى الأساليب الحديثة والرائدة في مجال الإدارة والتسيير وهي إدارة الجودة الشاملة في قطاع يتسم بالأهمية من جهة، وبالكثير من الخصوصيات من جهة أخرى وهو القطاع الصحي في الجزائر، بحيث نقوم بدراسة السياسيات والبرامج الصحية التي انتهجتها الجزائر منذ الاستقلال إلى يومنا هذا وكذا النتائج والأهداف المحققة وما علاقتها بالإمكانيات المسخرة لذلك، بحيث نركز على المبادئ الأساسية التي تقوم عليها السياسة الصحية وهي الاستفادة من العلاج والعدالة الاجتماعية والإنصاف في توزيع الخدمات الصحية والتضامن الوطني. ومن أجل دراسة هذه المرتكزات كان لابد من الإشارة إلى عدة جوانب ذات الصلة وهي الجانب القانوني والتنظيمي والجانب المالي أو التمويلي والجانب التسييري، مع تفصيل تنظيمي وهيكلي للمركز الاستشفائي الجامعي، بصفته الهيكل الملائم لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، نتيجة توفره على الإمكانيات المالية والمادية والهيكلية والبشرية. وسنخصص في هذا الفصل مفاهيم ومراحل وأهداف إدارة الجودة الشاملة، لنحاول في الأخير إسقاط هذا الأسلوب الإداري الرائد على المركز الاستشفائي الجامعي.

ويجب الإقرار في الأخير إلى الصعوبات والعراقيل التي من شأنها أن تقف دون تطبيق هذا المدخل ، لكن يفترض أن تكون القيادة العليا على وعي تام بأهمية التغير وتباشره بطريقة علمية ومنهجية ، وحينها نصل إلى جودة مستشفياتنا من خلال جودة الخدمات التي تقدمها لأفراد المجتمع مما يرفع من شأنها داخلياً وخارجياً.

المبادئ الأساسية للسياسة الصحية في الجزائر:

لا شك أن الجزائر ومنذ الاستقلال عملت على وضع مبادئ أساسية تقوم عليها السياسة الصحية التي هي جزء من السياسة العامة للدولة.. وذلك سعياً منها لتجسيد حق المواطن في العلاج كما نصت عليه المواثيق والدساتير، والذي اعتبر مكسباً ثورياً ، وهو الآن حق من حقوق المواطن، هذه السياسات عرفت نجاحات وانتكاسات وذلك عبر المراحل المختلفة التي مرت بها الجزائر، ولكن في الآونة الأخيرة برزت العديد من الأساليب التسييرية الحديثة سواء في مجال إدارة الأعمال أو الإدارة العامة والخدمية والتي حققت غايات وأهداف، منها جودة الخدمات وكسبت رضى العملاء، وعلى هذا الأساس سنحاول في هذا الفصل الإجابة عن الإشكالية التالية: هل يمكن تطبيق مدخل إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي بالجزائر ؟ وهل مسيرو مستشفياتنا على وعي بأهمية تطبيق هذا المدخل؟ وما هي المعوقات التي تحول دون ذلك ؟

ارتأينا أن نعالج هذا الموضوع من خلال تحليل المبادئ الأساسية للسياسة الصحية في الجزائر منذ الاستقلال إلى غاية 2010 ودراسة مرحل وأهداف

إدارة الجودة الشاملة ثم محاولة إسقاطها على المراكز الاستشفائية الجامعية الجزائرية. إن وضعية الصحة العمومية للجزائر قبل الاستقلال كانت متردية جداً، حيث كان الشعب الجزائري يعاني من الفقر والحرمان ومختلف الأمراض الوبائية والمعدية العديدة، منها: الملاريا، والسل، والكوليرا، والتيفوئيد، والإسهال...إلخ. هذه الأمراض ناتجة عن الظروف المعيشية السيئة المخصصة لأغلبية الجزائريين من طرف المستعمر، فمثلاً نسبة الوفيات عند الأطفال هي من أعلى النسب في العالم، والقليل من المواطنين لهم الحق في العلاج العام والمتخصص. فالمستشفيات والأطباء يتمركزون في المدن المتواجد فيها المحتل بكثافة، أما المناطق الريفية فهي تسير أمور مرضاها بالطب التقليدي والأعشاب الطبية لأنها تفتقر لأدنى المراكز الصحية وبلغة الأرقام فإننا نسجل لـ 10 ملايين نسمة قرابة 300 طبيب فقط.

إذاً، فمن الظاهر جلياً غداة الاستقلال هو تحديد الأولويات والتركيز على سياسة وطنية للصحة تهدف إلى القضاء على الأمراض الوبائية ومكافحة ظاهرة وفيات الأطفال، وكذا بناء الهياكل وتكوين الإطارات الطبية والشبه الطبية والإدارية (1).

فما هي المبادئ الأساسية للسياسة الوطنية للصحة ؟

تمثلت هذه السياسة في المكافحة المكثفة للأمراض الوبائية وتعميم العلاج الوقائي، كالتلقيح ونظافة المحيط وحماية الأمومة والطفولة والنظافة المدرسية وطب العمل، وهو ما شمله البرنامج المسطر لعام 1962م.

---

(1) Algérie guide économique et social, Rouïba: ANEP, 1991, p. 334.

لكن الوسائل التي خصصت لتنفيذ هذا البرنامج الطبي المستعجل لم تكن كافية. وبالرغم من هذا العائق فقد حقق هذا البرنامج بعض الأهداف منها التحكم في آفة الأمراض الوبائية من جهة، ومن جهة أخرى ظهور معطيات جديدة تمثلت على الخصوص في النمو السكاني وتشبيب الشعب الجزائري.

إن التخطيط الفعال للتنمية الاقتصادية والاجتماعية يفترض دراسة اقتصاديات المشروعات للتعرف على التكاليف والإيرادات والأرباح ومدى جدواها في النهوض بالاقتصاد الوطني، وإذا كانت هذه الدراسات قد عرفت تقدماً كبيراً في ميادين الزراعة والتجارة والصناعة وأصبحت لها قوانين ثابتة ونظريات، فهناك ميادين أخرى لا تزال تعيش في حكم المجهول، لأن المشاريع فيها لم تخضع للبحث العلمي الجاد الذي يدرس جميع جوانبها وأوجهها، وبالتالي يخضع كل جزء منها للحساب الدقيق مما جعل العائد منها أمراً شبه مستحيل. فمثلاً إنتاج المصنع يمكن تحديده كمّاً ونوعاً، وبالتالي حساب تكاليفه وتقدير أرباحه من خلال اقتناء المستهلك لتلك السلع، بينما إنتاج المستشفى لا يتعذر فقط تحديده في صورة كمية بل أيضاً مفهوم الربح ينتهي عنده[1]، إذ إن المستشفى في الأساس هو نظام بشري، إنه نظام اجتماعي إنساني معقد، فمادته الخام هو الإنسان

(1) هناك من يقول بأن المستشفى هو بمثابة معمل أو مؤسسة له مادة أولية، التي هي المريض وبالتالي بالضرورة يكون له منتوج، ويتمثل هذا المنتوج حسب الفكر الغربي المادي في عدد الأيام التي يعيشها المريض بعد شفائه وخروجه من المستشفى حتى وفاته.

وإنتاجه إنساني وعمله ينفذ بواسطة الإنسان بشكل رئيس وهدفه إنساني، أي خدمة مباشرة للناس ذات طبيعة فردية وشخصية، وهذا لا يعني أنه لا يقدم أي عائد اقتصادي يعود على المجتمع وذلك بمساهمته في صحة العمال الذين يجنبهم التغيب عن العمل وضياع فرص الإنتاج كما يزيد من الطاقة الإنتاجية للاقتصاد بسبب ارتفاع متوسط عمر الأفراد وانخفاض معدل الوفيات، والمجتمع السليم بأفراده قوي في اقتصاده والعكس.

في هذا الإطار رسمت الجزائر محاور كبرى للسياسة الصحية تمثلت في رسم استراتيجية ـ مع كل تحفظ ـ من شأنها تعديل مواقع الخلل التي عرفها النظام الصحي السابق وتمثلت هذه الاستراتيجية في المحاور التالية:

1. **الوقاية**: إن أفضل طرق العلاج هو تجنب المرض والعمل على عدم وقوعه وذلك من خلال الحملات التلقيحية وإجراءات النظافة ومحاصرة المرض قبل انتشاره عن طريق التلقيح واحترام معايير النظافة (1).
2. **علاج الأمراض**: هنا تتدخل السياسة الصحية وذلك لعلاج الأمراض التي لا مفر منها، ولتحقيق ذلك تم وضع مستويات عديدة يتلقى فيها المريض كل العلاجات الضرورية ابتداء من المراكز الصحية القاعدية، ثم المستشفيات في حالة استعصاء العلاج.

(1) كيشرود بشير، نخلف عثمان، الصحة ومكونات المحيط، أحداث اقتصادية، مجلة شهرية، عدد 31، الجزائر، سبتمبر 1988، ص 12.

3. **التوزيع العقلاني للأطباء**: وذلك تحقيقاً للأهداف المرسومة في الخريطة الصحية، أي تحقيق تغطية صحية كاملة للتراب الوطني من حيث الموارد البشرية والهياكل والمعدات الضرورية.(1)

ولكن كيف تطور النظام الصحي في الجزائر منذ الاستقلال إلى يومنا هذا ؟

ورثت الجزائر سنة 1962م حالة صحية متردية ومتدهورة حيث كان النظام الصحي الموجود متمركزاً أساساً في كبريات المدن كالجزائر، وهران، وقسنطينية ويتمثل خاصة في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات وعيادات تشرف عليها البلديات وتقدم المساعدات الطبية المجانية، ومراكز الطب المدرسي النفسي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم. ومن جهة أخرى هناك الطب الخاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيباً ويعملون في عيادات خاصة جلهم كانوا من الأجانب.

قبل سنة 1965م لم تكن البلاد تتوافر إلا على 1319 طبيباً منهم 285 جزائرياً فقط، وهو ما يعادل طبيباً واحداً لكل 8092 مواطناً، و264 صيدلياً، أي صيدلي واحد لكل 52323 نسمة. أما أطباء الأسنان فكانوا حوالي 151 طبيباً، أي طبيب أسنان واحد لكل 70688 مواطناً.

إن السياسة الصحية خلال هذه الفترة محدودة في خياراتها جراء ضعف الوسائل المتوافرة لها، وكان ينبغي في أول الأمر إعادة إنعاش

---

(1) نفس المرجع، ص 13.

البنايات والهياكل التي خلفها الاستعمار، قبل توفير أدنى قسط من الخدمات الصحية للسكان، ومن جانب آخر كانت الدولة عازمة على تنمية سياسية على شكل إعانة تتمثل في الحملات التلقيحية لبعض الأمراض الفتاكة والمعدية.

وكما رأينا سابقاً، فإن الجزائر ورثت سنة 1962م وضعية صحية لا يرثى لها نتيجة الظروف الاجتماعية والاقتصادية وسوء التغذية وقلة النظافة، ونقص التأطير خاصة في الميدان الطبي ونقص التغطية الصحية مما خلق فوارق اجتماعية وجهوية كبيرة. بالإضافة إلى هذه المعوقات الهيكلية والبشرية، يضاف إليها المعوقات القانونية، بحيث إن إنشاء وزارة الصحة العمومية كوزارة قائمة بذاتها لم يكن إلا في سنة 1965، بعدما كانت مندمجة ضمن وزارات أخرى.

هذه المرحلة امتازت من جهة بطب الدولة من خلال المؤسسات الاستشفائية التي تضمن العلاج والاستشفاء، والتي تسير من طرف وزارة الصحة، والمراكز الصحية التي تضمن المساعدة الطبية المجانية AMG في المدن والبلديات، والتي تسير من طرف البلديات، وأخيراً مراكز النظافة المدرسية والتي تسير من طرف وزارة التربية التعليم، ومن جهة أخرى هناك قطاع طبي خاص يقدم علاجاً ذا طابع ليبرالي في العيادات الخاصة، ولكن بإمكان الأطباء الخواص استعمال المؤسسات العمومية التابعة للدولة، وذلك في إطار تعاقد، هذا الخليط من الأنظمة يتم التنسيق له من طرف مديرية دائرة الصحة.

مع بداية المخطط الوطني من جهة، وبداية نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية الذي أنشئ عام 1964م، وبصدور الأمر المنظم لمهنة الأطباء والصيادلة عام 1966م من جهة ثانية، أخذت الأمور تتحسن شيئاً فشيئاً من خلال تحسين دفع عجلة التكوين الطبي وشبه الطبي، وكذا إنشاء بعض الهياكل القاعدية بين سنتي1967 و1969م.

وما ميز هذه المرحلة التاريخية من حيث الهياكل القاعدية هو مضاعفة قاعات العلاج بين سنتي 1969 و1979م، وهذا محاولة لإعطاء العلاج الأولي أولوية وذلك عن طريق توفير قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل بلدية أو على مستوى كل حي. والهدف من هذه الهياكل القاعدية هو قبل كل شيء الوقاية نظراً لخصوصية المجتمع الجزائري الشاب، وكذلك إنشاء العيادات متعددة الخدمات بداية من سنة 1974م .

كما صدر مرسوم رقم69ـ96، المؤرخ في 9 جويلية سنة 1969م،والقاضي بإلزامية التلقيحات ومجانيتها. كما تم إقرار التكفل الشامل من طرف الدولة لمكافحة بعض الآفات الاجتماعية مثل مرض السل من خلال إنشاء المراكز الخاصة بمكافحته وكذلك اللجوء إلى عملية توزيع وتنظيم الولادات بمراكز حماية الطفولة والأمومة[1]. ومكافحة مرض

---

(1) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية و الشعبية، وزارة الصحة و السكان، إصلاح النظام الوطني للصحة، تقرير عن المؤتمرات والحلقات الدراسية، الجزائر، ديسمبر 1990،ص 3.

الرمد، والإعلان عنه إجبارياً، بالإضافة إلى برنامج الحماية من حوادث العمل ووضع لجان النظافة والوقاية[1].

ولقد كان قرار مجانية الطب[2] المتعلق بإصدار قانون الطب المجاني، كخطوة أولى في طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي وتوحيد نظامه ككل، ووضع برامج صحية لها ارتباط وثيق بالمشكلات الاجتماعية والاقتصادية للأفراد، وذلك بتسخير كافة الوسائل والإجراءات لحماية الصحة وترقيتها في البلد، وتعميم صيغة مجانية النظام الصحي الوطني. وانطلاقاً من ذلك أصبحت العلاجات مهمة وطنية يستوجب اتخاذ إجراءات مهمة وحاسمة من أجل تدعيمها، خاصة في مجال التعليم والتكوين، والزيادة في عدد الهياكل القاعدية مع التطبيق الصارم للتوازن الجهوي في ذلك.

نلتمس فعلاً في هذه المرحلة التطور الكبير الذي عرفه النظام الصحي وذلك من خلال تزايد عدد الأطباء الجزائريين، عكس المراحل السابقة. وهذا نتيجة للإصلاحات التي حصلت في مجال العلوم الطبية والتي أعطت ثمارها، ونفس الملاحظة بالنسبة للسلك شبه الطبي الذي عرف

(1)République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère de la santé, séminaire sur le développement d'un système de santé, Op. Cit. p .57.

(2) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الأمر رقم 73_65 المؤرخ في 1973/12/28 م المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية، الجريدة الرسمية، العدد 1، الصادرة بتاريخ 1 جانفي 1974م، ص 2.

بدوره تطوراً ملحوظاً، إذ تضاعف خلال خمس سنوات، أي في الفترة الممتدة من 1974 إلى1979م.

وبالرغم من عمر الاستقلال السياسي للجزائر ـ وفي ظروف صعبة وطنيا ودوليا ـ استطاعت أن تحقق بعض التقدم والتطور في القطاع الصحي، وهذا من خلال تشجيع التنمية البشرية وتكوين الإطارات الطبية وشبه الطبية ولكن في المقابل هذا التطور النسبي في الموارد البشرية عرف عدة مشكلات هي:

1. هجرة الأدمغة وخاصة الأطباء(1).
2. تمركز الإطارات الطبية في المدن الكبرى.
3. عدم التوازن في التخصصات بما فيها الطبية.
4. قلة وتيرة التطور في التنمية البشرية، بحكم الحاجيات والتحديات محلياً ودولياً.

أما بشأن تطور الموارد المادية ففي هذه المرحلة تميزت بنوع من الاستقرار من حيث الهياكل القاعدية، ومع هذا نسجل ارتفاعاً محسوساً في عدد العيادات المتعددة الخدمات، حيث إن هذه الهياكل التي هي بمثابة همزة وصل بين المراكز الصحية وقاعات العلاج من جهة، والمستشفيات والقطاعات الصحية من جهة أخرى.

---

(1) محمد لمين أجال لعجال ، هجرة الكفاءات العربية، الأسباب والمقترحات للحد منها (حالة الجزائر)، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر: معهد العلوم السياسية والعلاقات الدولية، 1990.

أما بشأن البرنامج الصحي في هذه المرحلة، ومنذ عام 1975م، شرع فريق عمل متعدد الاختصاصات في إعداد برنامج صحي لتطبيقه في المخطط الرباعي الثاني، وهكذا فقد تم تحديد المشكلات الصحية ذات الأولوية الارتباط مع تحديد المشكلات الاقتصادية والاجتماعية، وهي كما يلي:

1. المشكلات الصحية: كمكافحة الأمراض المتنقلة.
2. مكافحة الأمراض غير المتنقلة: كالأمراض العقلية، وأمراض القلب، والأوعية الدموية، وسوء التغذية، والشلل، والربو، ومرض السرطان.
3. المشكلات المتعلقة بنظافة المحيط والأمن في العمل.
4. المصالح المتعلقة بالقطاعات الصحية للوطن وتحسين وظيفتها، في مجال الهياكل الصحية وتحديد المعايير التي تقود إلى التطور.

لقد تم وضع بعض الأهداف التي تسعى المنظومة الصحية من أجل تحقيقها، وهي كالآتي:

- مركز صحي لكل 6 إلى 7 آلاف ساكن.
- عيادة متعددة الخدمات لكل 15 إلى 25 ألف ساكن.
- مستشفى في كل دائرة.
- مستشفى في كل ولاية.
- عيادة للولادة ريفية وحضرية.
- السكنات الوظيفية.

- مخبر طبي في كل ولاية.
- دراسة برنامج تحسين الإعلام الطبي.
- دراسة صناعة الأدوية وتوزيعها[1].

5. فيما يخص المشكلات الاجتماعية والاقتصادية فقد أخذ بعين الاعتبار مشكلة السكن كأولوية الأولويات.

إذاً، من خلال كل ما سبق ذكره نستنتج أن المنظومة الصحية لا يجب النظر إليها من زاوية واحدة وهي المستشفى وما يقدمه من علاج، بل الأمر أكثر تعقيداً من ذلك، فالتفتح على المحيط ودراسته من شأنه أن يساعد المنظومة الصحية في تحقيق أهدافها ومواجهة المشكلات الصحية للمجتمع من خلال نظرة شاملة لكل مكونات المحيط والبيئة التي تسبح فيه المنظومة الصحية.

إن النظام الصحي في نهاية هذه المرحلة (1979 م) تميز إلى حد ما بلامركزية حقيقية للعلاج، وإيصال واسع للعلاج للمواطن، وهذا بواسطة تدعيم القطاع الصحي في كل من الدائرة، والولاية، والوقاية من الأمراض بالمناطق الريفية مع التكفل بحق الاستشفاء. وحتى يقوم القطاع الصحي من خلال المستشفى بالمهام المنوطة به تم اقتراح ما يسمى بالقطاعات

(1) République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère de la Santé et de la population, séminaire sur le développement d'un système de santé, Op, Cit. p. 5.

الصحية الفرعية والتي تعد العيادة المتعددة الخدمات المقر التقني الإداري لها. فماذا عن هذا التنظيم الصحي الجديد ؟

إن ثمار إصلاح العلوم الطبية وإعادة ترتيب التكوين شبه الطبي، بدأت تظهر بوضوح، بحيث نلاحظ ارتفاعاً محسوساً للسلك الطبي الجزائري بمختلف رتبهم بالإضافة إلى أعوان شبه الطبي. ففي هذه السنة 1979م، وصل عدد الهيئة الطبية الجزائرية إلى 3761 طبيباً، مقابل 2320 طبيباً أجنبياً، وهذا المجموع من الأطباء 6081 يضمنون تغطية صحية، تعادل طبيباً واحداً لكل 2960 ساكناً، لكن هذا المؤشر لا معنى له إذا قرناه بالكثافة الطبية التي هي بالمراكز التكوينية.

ومن جهة أخرى، فإن عدد أعوان الشبه الطبي قد وصل إلى46669 ممرضاً وعوناً بمختلف التخصصات والفروع، و هذا ما يمثل تغطية شبه طبية تتمثل في عون شبه طبي واحد لكل 386 ساكناً. بالإضافة إلى عمال التسيير والعمال التقنيين والمقتصدين والإطارات المتوسطة وأعوان المكاتب وغيرها، لكن يبقى دورها مرتبطاً بتحسين ظروفها الاجتماعية والاقتصادية والمهنية، لأن الإطارات والطبقات المتوسطة بغض النظر عن طبيعتها، هي الآن في طي النسيان والإهمال والتهميش بحكم التأثيرات اللبرالية الجديدة، وهذا ما أدى بتوديع الطبقة الوسطى على حد تعبير الدكتور المرحوم رمزي زكي(1).

(1) رمزي زكي، وداعاً للطبقة الوسطى، ط1، القاهرة: دار المستقبل العربي، 1997، ص 1.

إن الأهداف الكبيرة المسطرة في السياسة الصحية كانت ترمي أساساً إلى الحفاظ على المكتسبات الثورية في مجال الإصلاح الطبي من جهة، وتوسيع القطاع الصحي الوطني لتقريبه من المواطن من جهة ثانية.

ونواصل دراسة تطور النظام الصحي في ظل الطب المجاني لأهميته وذلك في مرحلتي الثمانينيات وبداية التسعينيات، وما نسجله في هذه المرحلة هو إنشاء هياكل صحية جديدة سنة 1986م[1] وهي المراكز الاستشفائية الجامعية، وفي نهاية الثمانينيات أتى دستور 23 فيفري 1989 ليحدد تدخل الدولة في مجال الوقاية ومكافحة الأمراض المعدية كما نصت عليه المادة 51 من الدستور السالف الذكر والتي تقول: " الرعاية الصحية حق للمواطنين . تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض المعدية وبمكافحتها". ويؤكد ذلك قانون المالية لسنة 1993، حيث نص على أنه بداية من هذه السنة فإن مجال تدخل الدولة سيكون في الوقاية والتكفل بالمعوزين وبالتكوين والبحث في العلوم الطبية، أما باقي العلاجات فتتم وفق اتفاق بين المؤسسات الاستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعي، والمقصود به النظام أو النهج التعاقدي الذي يشرع في عملية التجريب بداية من سنة 1997، للوصول بعد الدراسة الميدانية إلى النتائج النهائية التي سوف تطبق بحلول سنة 2000، وهي معرفة تسعيرة الأداءات ومن خلالها

---

(1) ج.ج.د.ش، المرسوم التنفيذي رقم25.86 مؤرخ في 2 جمادى الثانية 1406هـ، الموافق لـ1986/02/11م المتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الاستشفائية الجامعية، الجريدة الرسمية، العدد 6، الصادرة بتاريخ 3 جمادى الثانية 1406هـ، الموافق لـ 12 فيفري 1986م، ص 115.

وضع مدونة الأداءات ومدونة الأسعار التي يتم وفقها التعاقد مع هيئات الضمان الاجتماعي. إن الترشيد يكمن في كيفية الموازنة بين الموارد المتاحة والطلب على العلاج، وهذا النهج لا يمكن الوصول إليه إلا إذا تم الاتفاق بين منتجي الصحة وهيئات الضمان الاجتماعي، هذا التعاقد الاجتماعي الجديد حيث الفقير لا يعاقب مرتين: بفقره، وبتكلفة الأمراض الناتجة عن الفقر الذي هو خارج عن نطاقه. وعلى هذا الأساس فإن معنى المستشفى في هذه الحالة سيأخذ المعنى التالي: المستشفى يساوي ثمن اليوم الاستشفائي ليفقد بذلك المعنى القديم، المستشفى يساوي العلاج؟ أي بمجرد دخول المريض إلى المستشفى يبدأ الحساب، وكما هو معلوم يؤخذ سعر اليوم الاستشفائي كطرف أو وحدة حساب في معادلة تقديم مقابل العلاج أو الاستشفاء، بينما كان المستشفى يساوي العلاج أي دون حساب التكاليف المترتبة عن الاستشفاء والعلاج مهما كانت المدة والعلاجات المقدمة لكن الدراسة لم تتوصل إلى غايتها، ولم يطبق إلى حد كتابة هذه السطور، ولا يمكن القول هنا بأن عهد الطب المجاني انتهى؟؟ ويأتي من جهة أخرى المنشور الوزاري المشترك رقم 1 المؤرخ في 8 افريل 1995م والمتعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء والإطعام في الوسط الاستشفائي[1]. ودفع مقابل الفحص عند الطبيب العام والأخصائي في

---

(1) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية والشعبية، وزارة الصحة والسكان، المنشور الوزاري رقم1 المؤرخ في 08 أفريل 1995م، المتضمن مساهمة المرضى في نفقات الإطعام والإيواء داخل المستشفى، ص2.

حدود 50 د.ج و100 د.خ على التوالي، ولو أنه من الناحية القانونية فإن مجانية الطب لا تزال سارية المفعول لأن النصوص القانونية التي تؤكد ذلك لم يتم إلغاؤها بنصوص قانونية أخرى صراحة، سواء من خلال الأمر الرئاسي 28 ديسمبر 1973، أو دستور 1976 في مادته 67، أو القانون 85–05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها. كما عرفت هذه المرحلة إعادة تنظيم المؤسسات الصحية من حيث التنظيم والتسيير وذلك سنة 1997، من خلال المراسيم التنفيذية الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية المتخصصة والقطاعات الصحية والمراكز الاستشفائية الجامعية، وفي سنة 2007 يعاد تنظيم القطاعات الصحية لتصبح المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحية الجوارية أي فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص وهي نوع من اللامركزية هدفها تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المستشفى أو المؤسسة الصحية من المواطن. وقد عرفت هذه المرحلة تطور عدد الهياكل القاعدية وكذا عدد المستخدمين.

فقد عرفت بعض التحسن لكنه غير كاف وخير دليل على ذلك تقرير المنظمة العالمية للصحة بشأن الجزائر حيث اعتبرت المنظمة أنه بالرغم من المبالغ المالية العمومية المرصودة للقطاع الصحي في الجزائر والمقدرة بـ 9.1% من الميزانية العامة، إلا أن الخدمات الصحية لا سيما ما يتعلق بوفيات الأطفال دون المستوى، والسبب في ذلك عدم وجود سياسة واستراتيجية ناجعة، وسوء توزيع الأطباء والتفاوت فيما يخص الرعاية الصحية، كما أن الأموال وحدها لا تحقق الأهداف والنتائج والأكثر من

هذا ، فإن التقنيات المكلفة ليست هي شرط النجاح، ومن بين المؤشرات نجد :

أن متوسط توزيع الأطباء: طبيب واحد تقريباً لكل ألف مواطن وأقل من سريرين لكل ألفين مواطن، فإذا كانت التغطية الطبية تقارب المتوسط العالمي على المستوى الكلي، فعلى المستوى الجزئي هناك تفاوت كبير بين الولايات والجهات، مما يترجم سوء توزيع الأطباء وعدم التحكم في التوازن الجهوي.

إن تشخيص الداء يعد أساسياً في عملية التقويم هذه، ومن هنا يجب دراسة المشكلات الآتية :

1. مشكلات تخص النظام الصحي في حد ذاته، أي مكونات النظام ونعتبرها مشكلات داخلية.
2. مشكلات تخص البيئة التي يعيش فيها النظام، وتتمثل في مختلف العلاقات، سواء كانت مباشرة أو غير مباشرة مع مكونات المحيط.
3. مشكلات تخص رسم السياسة الصحية وتحديد الاستراتيجيات بعيدة المدى، بغض النظر عن تغير البرامج السياسية والحكومات المتباينة.

إن النظام الصحي في الجزائر يعتمد على الطب الوقائي، لكن ما ينفق في هذا المجال لا يمثل سوى 5% من الميزانية، وعلى العكس فإن الأدوية تمثل 13 % ويا حبذا لو كان العكس من ذلك لأن المجتمع

الجزائري مجتمع شاب، وبالتالي يجب وقايته والحفاظ عليه، خاصة وأن هناك أمراضاً غريبة وخطيرة تغزو شبابنا كالإدمان على المخدرات[1]. ومرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)، والاضطرابات النفسية بحكم البطالة والفراغ والتسرب المدرسي ...إلخ.

نقول إذن، إن المشكلة التي يعاني منها النظام الصحي العمومي ليست شكلية تتعلق بالدفع المالي، بل هي أعمق من ذلك وتتعلق بنوعية التنظيم بين مختلف مكونات هذه المنظومة والبيئة التي يعيش فيها، أي مختلف العلاقات بين مكونات المحيط العام. فالإصلاح يجب أولاً أن يشمل الجوانب التنظيمية التي تعطي أكثر فعالية لعناصر النظام الصحي لتتحسن مردودية الخدمات المقدمة اعتماداً على الجانب التسيري الرشيد أكثر من الاعتماد على بناء هياكل بيروقراطية جامدة لا يمكن التحكم فيها أولاً تعمل بكامل طاقتها. وفي هذا الإطار جاءت الجلسات الوطنية التي انعقدت في 26 و27 و 28 ماي 1998م بقصر الأمم بالجزائر، والتي تم فيها وضع « ميثاق الصحة»[2] كإشارة إلى ضرورة تكيف المنظومة الصحية مع التحولات الاقتصادية والاجتماعية العميقة التي تعرفها البلاد، ويهدف هذا الميثاق إلى تحديد المبادئ الرئيسة والأولويات التي ينبغي أن

---

(1) العياشي نواصر، استهلاك المخدرات ورد الفعل الاجتماعي، باتنة: مطبعة عمار قرفي، د.ت، ص 175.

(2) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية و الشعبية، وزارة الصحة والسكان، ميثاق الصحة، المرجع السابق الذكر، ص 7.

تميز السياسة الوطنية للصحة بما في ذلك البعد التنظيمي والتمويلي. كل هذا مدعم بإطار ملائم في مجال التكوين والإعلام والاتصال.

ومن هنا تطرح مشكلات تخص رسم السياسة الصحية وتحديد الاستراتيجيات بعيدة المدى، بغض النظر عن تغير البرامج السياسية للحكومات المتباينة.

إن الاستفادة من مجانية العلاج، والعدالة الاجتماعية، والإنصاف والتضامن الاجتماعي تشكل المبادئ الأساسية للسياسة الوطنية في مجال الصحة والسكان كما أشار إليها ميثاق الصحة سنة 1998 وكذا تحسين التسيير الإداري، و منح المؤسسات الصحية الاستقلالية اللازمة وقوانين أساسية تتلاءم وخصوصياتها، وهذا بوضع لامركزية الميزانية على المستوى الجهوي والمحلي و تأسيس نظام لتقييم النشاطات حسب الأهداف المسطرة. وفي النهاية أولى الميثاق الصحي اهتماماً بالغاً بالتكوين والإعلام والاتصال، والذي أكد بأنها تعتبر عناصر أساسية لكل منظومة صحية دائمة وناجحة وفعالة، وهي كلها أولويات تم تحديدها في آفاق عام 2005 .

إن التشخيص الذي تم إعداده سنة 1999 قد أظهر أن نظام الصحة المعمول به كان قد بلغ حدوده وكان يعاني من بعض الاختلالات الهيكلية والتنظيمية التي كانت تحد من أدائه، وفي إطار هذا المفهوم، عمد قطاع الصحة إلى انتهاج سياسة إصلاح المستشفيات الهادفة إلى دفع منظومة الصحة الوطنية نحو العصرنة، وذلك بتحسين أدائها المتعلق بالتسيير والتكفل الكامل بالمرض.

ولقد تم اعتماد تنظيم صحي جديد في شهر ماي 2007[1]، يقوم على فصل مؤسسات الصحة عن المؤسسات التي تضمن العلاج القاعدي، وقد مكن التنظيم الجديد المستشفى من التركيز على مهامه الاستشفائية دون إغفال نشاطات الوقاية التي يوفرها لها فضاء متميزاً يخص العلاج القاعدي وتحسين العلاقة الجوارية مع المواطن. علاوة على ذلك تم فتح مناصب مالية لتوظيف كافة الممارسين العامين والمتخصصين وشبه الطبيين بغرض تحسين نسبة التأطير والتكفل بالهياكل الجديدة المرتقب تسليمها. ومنذ جانفي 2008 تم تطبيق النظام الصحي الجديد والقوانين الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية وهو نظام يسعى إلى ترقية العلاج القاعدي النوعي بتمييزها عن الهياكل الاستشفائية الأخرى. وبهذا تم استبدال قطاع الصحة بمؤسستين هما: المؤسسة العمومية الاستشفائية والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية التي تشمل العيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج.

وقد استفاد قطاع الصحة بين عام 2005 ـ2009 من 244 مليار د.ج قيمة الاستثمارات العمومية لإنجاز ما يقارب 800 هيكل صحي وجواري.

(1) ج ج د ش ، المرسوم التنفيذي رقم 07ـ 140 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

تطور المؤشرات المتعلقة بالوضع الصحي للسكان:

المؤشرات	1970	1980	1990	2000	2007
وفيات الأطفال دون 5 سنوات/1000	153.3	104.2	48.6	48	31
وفيات الأطفال/1000	142	84.7	57.8	36.9	26.2
معدل الحياة عند الولادة - سنوات -	52.6	57.4	67.3	72.5	75.7
نسبة التلقيح ضد الحصبة بالمائة	20	52	77.4	83	90
نسبة وفيات الأمهات/100الف	-	230	215	117.4	88.9
نسبة الولادات في وسط صحي بالمائة	-	-	76	92	95

كما هو واضح من الجدول السابق ، فقد تم القضاء على مرض الشلل بحيث لم تسجل أية حالة منذ 1996 ،وتم التلقيح ضد التهاب الكبد الفيروسي بداية من 2003 للقضاء على هذا الداء.

فاقت نسبة التلقيح ضد الخناق والتيتانوس والسعال الديكي وشلل الأطفال 95 بالمائة بين سنتي 1999ـ2007 ونسبة 99 بالمائة بالنسبة لـ ب. س.ج.

مؤشرات التغطية الصحية:

عدد الأسرة لـ 1000 نسمة : 1.16 سنة 2000 إلى 1.94 سنة 2007

طبيب لكل 1177 نسمة سنة 2000 إلى طبيب لكل 830 نسمة سنة 2007 و786 نسمة سنة 2008.

عدد الأسرة ارتفع من 57110 سنة 2000 إلى 61829 سنة 2007.

نفقات الصحة 3.80 بالمائة/الناتج الوطني الخام سنة 2000 إلى 6.77 سنة 2007.

عرف انتقال الوباء في الجزائر تراجعاً في الأمراض المتنقلة وارتفاعاً دائماً في الأمراض غير المتنقلة أساساً في أمراض القلب والأوعية الدموية وأمراض السكر والسرطان والأمراض التنفسية المزمنة. (1)

ويرتبط هذا بانتقال مجتمع في طريق التصنيع إلى مجتمع متحضر يتميز بحلول الأمراض المزمنة غير المتنقلة مكان الأمراض المتنقلة بشكل تدريجي وأصبحت بذلك أحد الأسباب الرئيسة للوفاة، وحلول مشاكل الوزن المفرط والسمنة محل مشاكل سوء التغذية في مجال الغذاء.

كل هذه المشاكل الصحية الجديدة تتطلب تكفلاً واستراتيجية تتماشى والوضع الجديد وعلى جميع الأصعدة.

تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المراكز الاستشفائية الجزائرية:

قبل الحديث عن تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المراكز الاستشفائية الجامعية الجزائرية، يجب أولاً تحديد مفهوم الرعاية الصحية التي هي هدف كل سياسة صحية، وكذا مفهوم جودة هذه الرعاية، لأن الأمر ليس تقديم خدمة فقط أو بناء هياكل صحية واقتناء المعدات والوسائل أو حتى توفير الأموال، لنصل في النهاية إلى تقديم أرقام للأموال التي أنفقت على القطاع وبالمقابل تبقى الخدمات دون المستوى المطلوب، وكانت المنظمة العالمية للصحية قد أعلنت أن تحقيق الأهداف ليس معناه

---

(1) ج ج د ش، تقرير حول حالة تنفيذ برنامج العمل الوطني في مجال الحكامة، نوفمبر 2008، ص 313، 324.

إنفاق الأموال الطائلة من خلال شراء معدات وأجهزة غالية الثمن، بل القضاء على الأمراض وجودة الخدمات الصحية هي الغاية.

إدارة الجودة في المراكز الاستشفائية الجامعية الجزائرية:

تشهد المرحلة الأخيرة اهتماماً كبيراً على كافة المستويات فيما يتعلق بجودة الرعاية الصحية في الجزائر ولعدم توافر نظام أساسي للجودة لدى المؤسسات الصحية يساعدها على التعرف على المشاكل وإيجاد الحلول لها وتوفير قاعدة بيانات تساهم في قياس ومتابعة مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة ومدى تطورها، فإنه آن الأوان لوضع استراتيجية شاملة لتطوير النظام الصحي من خلال تطبيق إدارة الجودة الشاملة، هذه الاستراتيجية يجب أن تشمل النقاط التالية:

- تحديث معايير للجودة على المستوى الوطني مبنية على الدراسات والبحوث تتناسب مع الموارد والمناخ والبيئة الجزائرية.
- وضع آليات لتطبيق نظام جودة الخدمات الصحية.
- خلق مناخ عام داعم للجودة من قبل متخذي القرار ومقدمي الخدمة والمنتفعين بها في كل القطاعات العاملة في تقديم الخدمات الصحية.
- بناء كوادر بشرية في مجال إدارة الجودة الشاملة على كل المستويات لتنفيذ برامج الجودة ومشروعات التحسين المستمر في المنشآت الصحية المختلفة.

- التعاون مع كل الجهات العاملة في قطاعات الصحة المختلفة في مجال إدارة الجودة الشاملة.

أما الرسالة فهي:

تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين في مستويات الخدمة الثلاثة (العلاجية، الوقائية، الاستشارية) في الجوانب الصحية والإدارية والتثقيفية والتسويقية والاجتماعية لتوائم احتياجات المجتمع وبرامج الإصلاح الصحي الشامل على المستوى الوطني وتعظيم كفاءة وفاعلية استخدام الموارد المتاحة، والهيكل الملائم لتطبيق هذا النظام حسب رأيي هو المركز الاستشفائي الجامعي لتمتعه ببعض الخصوصيات منها:

المراكز الاستشفائية الجامعية:

تتميز بخصوصية من حيث التركيبة البشرية و المهام والوظائف والتعقيد والتداخل في التنظيم والتسيير وغيرها، لهذا سنوليه عناية الدراسة والتفصيل، ومن ثم إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة فيها .

المركز الاستشفائي الجامعي عبارة عن مؤسسات عمومية ذات الطابع الإداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، تنشأ بمرسوم تنفيذي باقتراح مشترك بين وزيري التعليم العالي والصحة، وتوضع تحت وصاية الصحة من الجانب الإداري، ومن الجانب البيداغوجي تحت وصاية وزير التعليم العالي والبحث العلمي.

لإنشاء مراكز استشفائي جامعية يجب توفير موارد بشرية ومادية بعدد كاف (كفاءة عالية لضمان العلاج من المستوى العالي والتكوين الطبي في مرحلة التدرج وما بعد التدرج والبحث في ميدان الصحة، وهياكل وتجهيزات علمية وبيداغوجية مناسبة لاستقبال الطلبة). تتمثل مهامها في: التشخيص والاستشفاء والعلاج والوقاية والتكوين والبحث، وبالتالي فهي أرضية خصبة لتطبيق نظام تسييري فعال على شاكلة إدارة الجودة الشاملة.

من حيث التنظيم الإداري: يدار المركز الاستشفائي الجامعي بواسطة مجلس إدارة ويسير من طرف مدير عام بمساعدة أمين عام ومديرين، مزود بهيئة استشارية تسمى المجلس العلمي، ويساعد المدير بين دورتي مجلس الإدارة لجنة تسمى اللجنة الاستشارية.

المجلس العلمي، واللجنة الاستشارية، بالإضافة إلى مجلس الإدارة، هذه المجالس هي شبيهة إلى حد ما بمجالس الجودة التي سنعرضها فيما بعد:

مجلس الإدارة: يتكون من الأعضاء التاليين:

- ممثل وزير الصحة رئيساً.
- ممثل وزير التعليم العالي.
- ممثل الإدارة المالية.
- ممثل التأمينات الاقتصادية.
- ممثل الضمان الاجتماعي.

- ممثل المجلس الشعبي الولائي.
- ممثل المجلس الشعبي البلدي للبلدية مقر المستشفى.
- ممثل الاستشفائيين الجامعيين.
- ممثل الممرضين.
- ممثل العمال.
- ممثل جمعية المنتفعين.
- ممثل المجلس العلمي للمستشفى.
- مدير المستشفى الجامعي وهو سكرتير المجلس.

يعقد دورتين في السنة، يتداول في كل الأمور التي تهم المستشفى؛ برنامج التطور والتنمية على المدى القصير والمتوسط، مشروع الميزانية، الحسابات التوقعية، مشاريع الاستثمار، العقود الخاصة بالعلاج، مشروع تعداد الموارد البشرية. ومن خلال دوراته يمكن تبني نظام إدارة الجودة الشاملة بحيث يتم وضع الخطط العريضة لهذا النظام وجعله يلقى القبول من طرف أعضاء مجلس الإدارة وبالتالي العمل على تطبيقه ودعمه ما دام مجلس الإدارة هو الهيئة التي تدير المركز الاستشفائي الجامعي وبالتالي فهي القيادة الجماعية العليا وهي التي بإمكانها تبني ومراقبة ودعم تطبيق هذه الفلسفة الإدارية.

المجلس العلمي: ويتكون من رؤساء المصالح وهم أساتذة التعليم العالي في العلوم الطبية، رأيه استشاري تقني يجتمع مرة خلال شهرين، ومن خلال دوراته يمكن طرح فكرة إدارة الجودة الشاملة وتبنيه لها إذا

علمنا بأن هؤلاء الأساتذة هم قبل كل شيء رؤساء المصالح والأقسام وبالتالي بإمكانهم مراقبة ودعم تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

اللجنة الاستشارية: تتكون من المدير العام رئيساً ورئيس المجلس العلمي ومن 3 إلى 7 أساتذة رؤساء المصالح، يعينون بواسطة المجلس العلمي، ويمكن أن يضاف إليها الأمين العام للمركز الاستشفائي وبعض المديرين. تجتمع هذه اللجنة مرة في الشهر أو بين دورتي مجلس الإدارة، وتساعد المدير في التسيير.

أما الهيكل التنظيمي للمركز الاستشفائي الجامعي فيتكون من أربع مديريات، وتتفرع إلى مديريات فرعية، وهذه الأخيرة إلى مكاتب، على رأس كل مديرية مدير، وعلى رأس كل مديرية فرعية مدير فرعي، وعلى رأس كل مكتب رئيس مكتب، وقد يساعد هذا التنظيم على تطبيق إدارة الجودة الشاملة من خلال الاقتناع ودعم الفكرة والحرص على تبليغها وجعلها فلسفة إدارية لباقي الموظفين:

- مديرية الموارد البشرية.
- مديرية المالية والمراقبة.
- مديرية الوسائل المادية.
- مديرية النشاطات الطبية وشبه طبية.

أولاً: مديرية الموارد البشرية: من المهام الأساسية التي تضطلع بها هذه المديرية تحديد الاحتياجات في مجال المستخدمين، وإعداد المخططات السنوية ومتعددة السنوات لتوظيف المستخدمين، كما تقوم بتسيير الحياة المهنية للمستخدمين طبقاً للتنظيم المعمول به، وهي التي تشرف على التوزيع

المحكم للمستخدمين على المصالح والسهر على استخدامهم استخداماً أمثل. وفي هذا الإطار تبادر بالاتصال مع الهياكل الأخرى التابعة للمركز الاستشفائي الجامعي بأعمال تكوين المستخدمين الإداريين والتقنيين وتحسين مستواهم وتجديد معارفهم وتأقلمهم مع التغيرات التي تطرأ، سواء على المستوى الداخلي أم الخارجي، وتضمن من جهة أخرى مديرية الموارد البشرية نشاط الخدمات الاجتماعية لفائدة المستخدمين.

ثانياً: مديرية المالية والمراقبة: تقتصر هذه المديرية على وجه الخصوص على مسك المحاسبة المادية وإعداد الحساب السنوي الخاص بالتسيير المالي، وقبل هذا تقوم بجمع طلبات الاعتماد التي ترد من مختلف المصالح وتحضير مشروع الميزانية، كما تقوم فيما بعد على متابعة استهلاك الاعتمادات وإعداد الجداول الدورية الخاصة بها.

ثالثاً: مديرية الوسائل المادية: تعتبر من بين أهم المديريات في المركز الاستشفائي الجامعي نظراً للمهام الكثيرة والمتعددة المنوطة بها، بحيث هي التي تتولى جمع الاحتياجات التي تبديها مختلف هياكل المركز الاستشفائي الجامعي في مجال التجهيزات والمعدات والمنتجات، وعلى هذا الأساس فهي التي تقوم بتموين وبتسيير المخازن والوسائل التي تتعلق بالتغذية والصيانة والنظافة، وتقوم كذلك بمتابعة برامج البناءات وعمليات تجديد بناءات المركز الاستشفائي الجامعي وتقتني التجهيزات اللازمة لأعمال العلاج والتكوين والبحث، كما أنها تسهر على صيانة البنايات والتجهيزات، وتقتني السيارات، وتتولى صيانتها وتضمن سير ورشات الصيانة والترميم. أما في مجال العلاج فهي التي تقوم باقتناء المعدات

والأدوات الطبية والمواد الصيدلانية والكواشف وتحضر من جهتها الملفات الخاصة بالصفقات والاتفاقات التي لها صلة بأعمال المديرية.

رابعاً: مديرية النشاطات الطبية وشبه الطبية: تتمثل مهمة هذه المديرية على الخصوص بمتابعة أعمال العلاج وتعد بذلك تقاريراً وتلاخيصاً، كما تنظم مع كلية العلوم الطبية تسيير حركات الطلبة المقيمين ضمن احترام البرامج المحددة في المخطط بالنسبة لكل فرع، وتتلقى تقارير عن النشاط يعدها رؤساء المصالح لعرضها على المجلس العلمي وتستغلها، وتراقب من جهة أخرى مواظبة الطلبة والأطباء المقيمين في فرق الحراسة، وتنظم مساهمة المركز الاستشفائي الجامعي في التكوين شبه الطبي ومتابعة الطلبة وبرمجة تربصاتهم في مختلف المصالح، كما تقوم بتقييم النشاطات الطبية وشبه الطبية وجمع الإحصائيات ودراستها، ولمديرية النشاطات الطبية وشبه الطبية مهام إدارية أخرى تتمثل في حفظ الملفات الطبية والإدارية للمرضى وتنظم توزيع المعلومات الطبية والعلمية. مدير هذه المديرية يعين من بين الاختصاصيين الاستشفائيين الجامعيين، نظراً لخصوصية المهام.(1)

أما على مستوى المصالح الطبية، فإن المركز الاستشفائي يحتوي على العديد من المصالح الطبية والجراحية والمخبرية ومصالح الأشعة

---

(1) ج ج د ش ، المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 المحدد لقواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها، الجريدة الرسمية ، العدد 81، الصادرة بتاريخ 10 ديسمبر 1997 .

والصيدلة وغيرها، وعلى رأس كل مصلحة أستاذ رئيس مصلحة وتتقسم المصلحة إلى وحدات على رأس كل وحدة طبيب استشفائي جامعي ـ أستاذ مساعد أو أستاذ محاضر ـ رئيس الوحدة. هذا من الناحية الطبية، أما من الناحية شبه الطبية فنجد نفس التقسيم بحيث يكون على رأس المصلحة مراقب طبي رئيس وعلى رأس كل وحدة مراقب طبي وعلى رأس كل فرقة رئيس فرقة، ونفس الشيء بالنسبة للمصالح التقنية الأخرى، وهذا التقسيم يساعد إلى حد بعيد تطبيق إدارة الجودة الشاملة من خلال وجود هؤلاء الرؤساء في مجالس وفرق الجودة.

وظائف إدارة الجودة في المركز الاستشفائي الجامعي:

- وضع واختبار معايير وتطبيق برنامج تقديم الخدمات الصحية لمختلف مقدمي الخدمة الصحية.
- العمل على تطوير المعايير الإكلينيكية بالمشاركة مع الخبراء بالقطاعات والجهات المختلفة.
- تقديم المعونة الفنية لمقدمي الخدمة فيما يتعلق ببرامج تحسين الجودة.
- وضع نظام المتابعة والإشراف وإعداد التقارير.
- وضع البرامج التدريبية الخاصة بمفاهيم الجودة.
- دعم وتطوير والإشراف على الدراسات المتخصصة والبحوث المتعلقة بالجودة.

- إنشاء مركز توثيق ومعلومات وتوفير مراجع متطورة عن برامج الجودة.

هذه الوظائف من شأنها دفع نظام الجودة في المستشفى وجعلها قاعدة بيانات دائمة يتم العودة إليها عند الحاجة وهي في متناول أعضاء فريق الجودة على مستوى كل فرقة.

الفائدة من تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الجامعية:

- رضى المريض.
- تحسين صورة المستشفى.
- تحقيق الترابط الجيد والاتصال الفعال بين الأقسام والإدارات والوحدات المختلفة في المستشفى.
- تحقيق الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة بشرية ومادية ومالية.
- الاستفادة من قيم إدارة الجودة الشاملة من خلال العمل ضمن فريق متكامل.
- تنمية روح المبادأة والتنافس بين المستشفيات[1]، مما يؤدي بالضرورة إلى تحسين الخدمات وخفض الأسعار .

---

(1) محمد بن عبد العزيز العميرة، علاقة الجودة الشاملة بالأداء الوظيفي في القطاع الصحي من وجهة نظر العاملين في مركز الأمير سلطان لمعالجة أمراض وجراحة القلب للقوات المسلحة بمدينة الرياض، رسالة ماجستير، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، قسم العلوم الإدارية، 2003.

الشروط اللازم توافرها لحدوث تطبيق ناجح وفعال لنظم وبرامج الجودة:[1]

- الاقتناع التام من قبل القيادات العليا للمركز الاستشفائي بأهمية الجودة في العمل الصحي مع الالتزام الكامل بتطبيقها كأداة للارتقاء بالمؤسسة الصحية في مختلف المجالات. ولا يجب اعتبار تطبيق نظم الجودة رفاهية وتكاليف وأعباء مالية إضافية فقط.
- تبني قيادات المركز الاستشفائي لمختلف المستويات الإدارية والعلاجية لبرامج الجودة مع توفير دفعة قوية للتطبيق.
- توفير الدعم المادي والمعنوي وحشد الجهود والطاقات لتطبيق برامج الجودة.
- وجود إطارات داخل هياكل للجودة تعمل بصورة فاعلة لإدخال البرامج والنظم إلى حيز التنفيذ، والأفضل أن تكون من حديثي التخرج نظراً لحماسهم دون أن ننسى الخبرات لأن لها أهمية في مجال التدريب والتوجيه.
- وجود خطة سنوية مكتوبة تحتوي على الرسالة والرؤية العامة المركز الاستشفائي إضافة للخطوات العملية للتطبيق، وقد

---

(1) محمد بن عبد العزيز العميرة، علاقة الجودة الشاملة بالأداء الوظيفي في القطاع الصحي من وجهة نظر العاملين في مركز الأمير سلطان لمعالجة أمراض وجراحة القلب للقوات المسلحة بمدينة الرياض، رسالة ماجستير، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، قسم العلوم الإدارية، 2003.

تجـزأ هــذه الخطـط إلى أسـبوعية وشـهرية ليـتم الـتحكم في تنفيذها ومراقبتها عن قرب وتوجيها في حالة الانحراف.

- وجود نظام للتوثيق لكافة أنشطة المستشفى.
- العمل بروح الفريق ،حيث إن إدخال الجودة يتطلب الكثير من التعاون والتنسيق بين مختلف الجهات المسؤولة.

الخطوات التي يجب اتباعها لإدخال نظم الجودة للمستشفيات:

إن إدخال الجودة بأي مستشفى هو عملية متسلسلة تعتمد عناصرها على بعضها البعض فلا يمكن الانتقال أو القفز لعنصر دون تحقيق العنصر الذي يسبقه، وتتمثل خطوات إدخال الجودة في الآتي:

1. تكوين هياكل الجودة والتي تشتمل على:
   - مجلس الجودة.
   - مكتب الجودة.
   - اللجان المساعدة.
2. عمل خطة تفصيلية للعمل.
3. وضع النظم والإجراءات و التجهيزات اللازمة للتطبيق.
4. التوعية و نشر المفهوم ورفع وعي العاملين بأهمية تطبيق الجودة
5. توفير كافة الوثائق في أماكن التطبيق وشرحها للعاملين.
6. الاحتفال ببدء التطبيق.
7. التطبيق الكلي أو الجزئي.
8. عمل تدقيق ومراجعة داخلية.

9. عمل متابعة دورية للتحسين المستمر بعد دراسة نتائج التدقيق والمراجعة.
10. طلب الاعتماد والإشهاد الخارجي، ففي الولايات المتحدة الأمريكية مثلاً المعايير المتضمنة في أدلة الاعتماد هي:

أ- جزء يتعلق بالمرض من حيث الحقوق والرعاية والتثقيف ورأيه.

ب- جزء يتعلق بوظائف المستشفى الأداء والبيئة والرعاية والموارد البشرية وإدارة المعلومات والمراقبة والمتابعة وضبط عدوى المستشفيات.

ج- جزء يتعلق بالأداء لكل من الإدارة والطاقم الطبي وشبه الطبي.

وهي على نفس الشكل تقريباً في كل الدول التي تطبق هذا المدخل على غرار إنجلترا وإسبانيا وفرنسا وكندا، وبالتالي يمكن طلب الاعتماد حين توفر هذه الشروط والتقيد بها.

هياكل الجودة الشاملة:

يشتمل تكوين هياكل الجودة على ما يلي:

1. مجلس الجودة:

يعتبر مجلس الجودة السلطة العليا بالمركز الاستشفائي مهمته إدخال نظم وبرامج الجودة وذلك بوضع السياسات العامة وإجازة الخطط السنوية

والإشراف على تطبيق البرامج وإزالة كل الصعوبات والمعوقات التي تعترض سير أنشطة الجودة بالمستشفى، وهو يقابله حالياً مجلس الإدارة التي تمت الإشارة إليها، ويمكن أن يساند مجلس الجودة الجديد.

يتم تكوين مجلس الجودة بالمركز الاستشفائي بقرار من المدير العام للمركز الاستشفائي الجامعي.

- المدير العام رئيساً.
- مدير الجودة مقرراً.
- مساعد المدير العام عضواً.
- الأمين العام عضواً .
- رؤساء الأقسام الطبية أعضاء.
- رؤساء الأقسام الإدارية أعضاء، أي المديرين.
- رؤساء اللجان المساعدة أعضاء.

كل الاختصاصيين الحاصلين على درجة الأستاذية أعضاء، ونجدهم على مستوى المصالح الطبية والجراحية والطبية التقنية، كرؤساء وحدات.

2. مهام المجلس:

- رسم السياسة العامة للجودة بالمستشفى.
- إجازة الخطة المقدمة من مكتب الجودة بالمؤسسة.
- متابعة تنفيذ الخطة السنوية.
- مناقشة التقارير كل ثلاثة أشهر عن أداء مكتب الجودة.
- حشد الدعم المادي والمعنوي لتنفيذ برامج الجودة.

- تكوين اللجان المساعدة: لجنة مكافحة العدوى المكتسبة من المستشفيات، لجنة الوفيات، لجنة الاستعجالات، لجنة الدواء، لجنة النظافة، وغيرها من اللجان الموجودة على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي. يجتمع المجلس بصورة دورية مرة كل ثلاثة أشهر، وإذا تمعنا في تكوين اللجان نجدها فعلاً ممثلة لكل الإدارات والمصالح والأقسام وذلك للتأكد من وصول مفهوم الجودة لكل المستويات وحتى يكون تطبيق الجودة يبدأ من الداخل.

3. مكتب الجودة بالمستشفى:

يمثل مكتب الجودة الأداة الفعلية لتنفيذ سياسات وخطط مجلس الجودة ويناط به تطبيق نظم وبرامج الجودة.

أعضاء المكتب:

يتكون مكتب الجودة بالمؤسسة الصحية من الآتي:

- مدير إدارة الجودة بالمستشفى، والذي يتبع إدارياً المدير العام للمركز الاستشفائي الجامعي، وهو المسؤول الأول عن تنفيذ وتطبيق برنامج الجودة، ولكن ليست له سلطات إدارية أو مالية.
- مسؤول التدريب أو المدير الفرعي للتكوين المتواصل والتوثيق.
- مسؤول برنامج مكافحة العدوى.
- مسؤول اللجان المساعدة .
- مسؤول الإحصاء والتحليل.

دليل الجودة لكل قسم:

- المهمة الأساسية التي أنشئ من أجلها القسم أو المصلحة.
- الرؤية العامة للقسم أو المصلحة.
- الأهداف العامة والخاصة للقسم أو المصلحة.
- الهيكل التنظيمي للقسم أو المصلحة.
- الوصف الوظيفي للعاملين في القسم أو المصلحة، أي مهام ووظائف كل فرد.
- تعليمات العمل.

مهام مدير إدارة الجودة:

- تقديم خطة سنوية للجودة لإجازتها من قبل مجلس الجودة.
- تقديم تقرير فصلي لمجلس الجودة عن مسار برامج الجودة.
- تقديم تقرير شهري للمدير العام عن مسار برامج الجودة بالمستشفى.
- متابعة عمل بقية أعضاء مكتب الجودة بالمستشفى.
- التنسيق مع المدير العام ومساعد المدير العام والأمين العام ورؤساء الأقسام المختلفة لتطبيق برامج الجودة.

مسؤول التدريب والتكوين المتواصل:

- تقديم خطة سنوية لنشر المفهوم ورفع الوعي عن الجودة وتدريب العاملين بالمؤسسة على نظم وبرامج الجودة.

- عمل قياس مستمر عن مدى التطور الذي يحدث في مجال نشر المفهوم ومعدل رفع الوعي .
- تدريب العاملين على برامج ونظم الجودة.
- كتابة تقرير دوري عن قسم التدريب لمدير الجودة بالمستشفى .
- يقوم بأي أعمال أخرى توكل له من قبل مدير الجودة بالمستشفى.

مسؤول اللجان المساعدة:

مهامه:

1. تقديم خطة سنوية عن برنامج اللجان المساعدة كل على حدة مع العلم أن لكل لجنة منسقاً يقدم تقريره لمسؤول اللجان المساعدة
2. تطبيق نظم اللجان المساعدة.

مسؤول الإحصاء والتخطيط والتحليل:

مهامه:

1. يقوم بكل أعمال الإعلام الآلي التابعة لمكتب الجودة بالمستشفى يقوم بتحليل كافة الاستمارات .
2. عمل تقرير نصف شهري لكل أنشطة مكتب الجودة الإحصائية.

تصور أبعاد الجودة الشاملة في المركز الاستشفائي الجامعي :

لقد تكلمنا فيما سبق عن الأبعاد العشرة للجودة والتي تم اختصارها في خمسة أبعاد فقط هي: النواحي المادية الملموسة في الخدمة ، الاعتمادية ،

الاستجابة، الأمان والتعاطف، وبإمكاننا وضع تصور لهذه الأبعاد في المركز الاستشفائي الجامعي:

أولاً: الجوانب الملموسة

- جاذبية المباني والتسهيلات المادية: الكل يتأثر بجمال المباني والعمارات ونظافتها فهي تهيئ قاصد المستشفى نفسياً ، والكل يعلم أهمية الجوانب النفسية في العلاج ومنه تحقيق رضى المريض ومرافقيه، كما أن هذه العمارات والمباني يجب أن تشمل كل الملاحق التي تساهم في تسهيل تقديم الخدمة كموقف السيارات وأمنها ومحلات لبيع الجرائد والورود والمشروبات والمأكولات الخفيفة بحيث يجب أن تكون في زوايا آمنة ونظيفة حتى لا تؤثر على محيط المستشفى أو على صحة المرضى، كما يمكن إيجاد صيغ تجعل المريض يحصل على العلاج والخدمات الصحية مهما كانت وضعيته المادية، وهناك عدة صيغ منها بطاقة التأمين المرضي أو بطاقة المعوز والتي بموجبها يتلقى المريض العلاج ، بينما تقوم بلدية محل إقامته بدفع تكاليف العلاج، ويدخل ذلك ضمن التضامن الوطني، ولا ينقص في الحقيقة هذا الإجراء من بذل الجهود في تقديم الخدمة بالصورة التي تنال رضى المريض والتي تحوز على الجودة.

- التصميم والتنظيم الداخلي للمباني: تصميم المصالح الطبية والجراحية والمخابر ومراكز الأشعة وفق المعايير المتفق عليها عالمياً من حيث التصميم والنظافة والممرات وغيرها .
- حداثة المعدات والأجهزة الطبية ومسايرتها للتكنولوجيا: وذلك حتى تقدم الخدمة بسهولة ويتمكن الأطباء من التشخيص بسرعة مما يعجل تعافي المريض، ولكن هذه التجهيزات والمعدات تتطلب أموالاً وعليه فإن إدارة الجودة الصحية تعمل على التوازن بين الإنفاقات وتحقيق النتائج.
- الأدب وحسن الخلق لدى العاملين: تتميز التركيبة البشرية للمستشفى بالتنوع واختلاف المستوى والثقافة، فنجد الحارس البسيط الذي يقف أمام المدخل أو أمام باب العمارات، ونجد عمال النظافة الخارجية والداخلة وأعوان تقديم الإطعام والإيواء والسهر على راحة المريض ونجد السائق والحاجب والفنيين والعمال الإداريين برتبهم وشبه الطبيين الذين يرافقون المريض منذ دخوله المصلحة حتى خروجه والذين يسمونهم ملائكة الرحمة، ونجد الأطباء بكل رتبهم من العام إلى المختص إلى الاستشفائي الجامعي، هؤلاء كلهم يساهمون في تقديم الخدمة الصحية وبالتالي فإنهم ملزمون بمعاملة المريض بأدب واحترام وحسن الخلق وأن تكون هيئاتهم لائقة سواء تعلق الأمر بالهندام

والنظافة وأن يكون مظهر الأطباء والعاملين حسناً يقرب المرضى ولا ينفرهم.

- استمرارية متابعة حالة المريض : لا يجب أن يحس المريض بغربة وهو في المستشفى، لذا فمتابعة حالة المريض في كل مراحلها وفي كل الأوقات تولد له شعوراً بالأمان والطمأنينة وتهيئ له الأجواء لتلقي العلاج والتعافي ومنه كسب رضاه.
- سرية المعلومات الخاصة بالمريض: بداية من قسم الطبيب وأخلاقيات المهنة الطبية، فإن الأسلاك الطبية وشبة الطبية ملزمة بحفظ أسرار المريض والتعامل مع المعلومات الخاصة به في إطار العلاج فقط.
- دعم وتأييد الإدارة للعاملين لأداء وظائفهم بكفاءة: إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمات الصحية تفقد معناها إذا لم يكن هناك دعم متواصل من طرف الإدارة وعلى هذا الأساس تعتبر هذه العمليات عبارة عن سلسلة مترابطة فيما بينها لا يمكن فصل جزء منها أو الاهتمام بجزء دون الأجزاء الأخرى، كأن تهتم الإدارة بالأطباء وتهمل الممرضين، فإن الغاية من إدارة الجودة في هذه الحالة لا تتحقق.

ثانياً: الاعتمادية

وهي أن المريض عند التوجه إلى المستشفى سواء في حالة استعجال أو من خلال موعد يعي جيداً بأن عمال المستشفى من طبعهم الوفاء بتقديم

الخدمة الصحية وفي المواعيد المحددة، وتقدم هذه الخدمات بالدقة المطلوبة وعدم الوقوع في الأخطاء سواء في الفحص أو التشخيص أو العلاج. وأن المريض يجد التخصصات المختلفة والتي تستدعيها حالته المرضية، واضعاً في ذلك الثقة الكاملة في الأطباء والأخصائيين والممرضين ومن حولهم، وإذا تعرض المريض لمشكلة ما فإن الكل يكون حريصاً على إيجاد الحلول لها ويعمل المساهمون في تقديم الخدمة الصحية كل حسب مستواه ووفق مهامه بالاحتفاظ بالسجلات والملفات الطبية الدقيقة وتقدم للمريض في حالة الضرورة أو حالة طلبها.

ثالثاً: الاستجابة

ينتظر المريض في المستشفى الاستجابة الفورية لطلباته والسرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة، والاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال وأن تكون الطواقم في أتم الاستعداد للتعاون مع المريض، والرد الفوري على الاستفسارات والشكاوى، مع إخبار المريض بالضبط عن ميعاد تقديم الخدمة والانتهاء منها.

رابعاً: الأمان

بحيث يشعر المريض بالأمان في التعامل وكذا المعرفة والمهارة المتخصصة للأطباء.

خامساً: التعاطف

ويعني جعل المريض في جو إنساني وعائلي من خلال تفهم احتياجاته ووضع مصالح المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين باعتباره المادة

الأولية للمستشفى ولولا المريض لما كان للمستشفى وجود أو معنى، والعمل على ملاءمة ساعات العمل والوقت المخصص للخدمة المقدمة، والعناية الشخصية بكل مريض، لأن كل مريض يعتبر حالة خاصة وهو ما يتطلب الصبر والتركيز وسعة الصدر من طرف العاملين، وكذلك تقدير ظروف المريض والتعاطف معه وخلق جو من المرح والصداقة في التعامل معه.

إدارة الجودة الشاملة ليست تقنية أو آلة بحيث عندما تشغل تحقق أهدافها بسرعة، فهي تتطلب الوقت الكافي والعمل الدؤوب والمتواصل حتى تأتي أكلها ولا يجب استباق الأحداث، لاسيما في المراكز الاستشفائية الجامعية لما تتميز به من خصوصيات بشرية وهيكلية وتنظيمية وحتى من خلال الأهداف والقيم والمناخ السائد، لكن الإيمان بهذا النظام والعمل على تطبيقه من شأنه تحقيق النتائج المرجوة.

المراجــع

المراجع باللغة العربية:

أولاً: الكتب

- أبـو النـصر مـدحت محمـد، إدارة و تنميـة المـوارد البـشرية، الاتجاهات المعاصرة، القاهرة: مجموعة النيل العربية، 2007.
- أبـوالرب صـلاح الـدين، الطـب والـصيدلة عـبر العـصور، عمـان: الأهلية للنشر والتوزيع، 1991.
- أبـو خليـل شـوقي، الحـضارة العربيـة الإسـلامية ومـوجز عـن الحـضارات الـسابقة، ط1، بـيروت: دار الفكـر المعاصـر والفكـر، 1994.
- ابـن أبـي أصـيبعة، عيـون الأنبـاء في طبقـات الأطبـاء، (ترجمـة نورالـدين عبـد القـادر، و الحكـيم هنـري جاهيـه)، الجزائـر: مكتبة فراريس، 1958.
- ابـن خلـدون عبـد الـرحمن، المقدمـة، المجلـد1، ط3، بـيروت: مكتبة المدرسة ودار الكتاب اللبناني، 1967.
- المجلة العربية للعلوم الإدارية، الصادرة في الأردن، العدد الثالث، ذو الحجة 1401تشرين الأول 1981.
- العنزي سعيد علي، الإدارة الصحية، عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2008.
- الأزرق إبراهيم بن عبد الرحمن بن أبي بكر ، تسهيل المنافع في الطـب والحكمـة، الطبعـة الأخـيرة، القـاهرة: تركـة مكتبـة ومطبعة مصطفى البابي الحلبي وأولاده، 1947.

- الإمام محمد بن عبد الوهاب، مختصر زاد المعاد للإمام ابن قيم الجوزية، ط3، الجزائر: دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، 1989.
- المجلة الطبية العربية، مجلة تصدرها نقابة الأطباء في الجمهورية العربية السورية، العدد 51، 1976.
- الكروي إبراهيم سلمان و عبد التواب شرف الدين، المرجع في الحضارة العربية الإسلامية، الكويت: منشورات ذات السلاسل، 1984.
- الكحال، مجلة عربية لأطباء العيون، سوريا : إصدار خاص، المجلد الثالث، العدد الثالث، 1985.
- الصيرفي محمد عبد الفتاح ، الإدارة الرائدة، القاهرة: دار صفاء للنشر والتوزيع .
- الداركي مأمون و طارق شبلي، إدارة الجودة الشاملة. بيروت: دار صفاء للنشر والتوزيع، 2001.
- النجار فريد، إدارة الأعمال الاقتصادية والعالمية. القاهرة: المكتبة الإدارية، 1979.
- التدريب والتنمية، مجلة علمية متخصصة، تصدر كل 3 أشهر، القاهرة ،العدد 1، جويلية 2007.
- العلي عبد الستار، تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، .2008
- الأحمدي حنان، تحسين الجودة: المفهوم والتطبيق في المنظمات الصحية دورية الإدارة العامة، الرياض: مركز البحوث ـ معهد الإدارة العامة ، المجلد الأربعون، العدد الثاني، أكتوبر 2000.

- بواعنة عبد المهدي ، إدارة المستشفيات و الخدمات الصحية، التشريع الصحي والمسؤولية الطبية، عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع، 2003.
- بوحوش عمار ، نظرية التنظيم، الجزائر: مكتبة الشعب، ب. ت .
- بن سعيد خالد عبد العزيز، إدارة الجودة الشاملة تطبيقات على القطاع الصحي، الرياض: مكتبة العبيكان، 1997.
- بشير كيشرود ولخلف عثمان، الصحة ومكونات المحيط، أحداث اقتصادية، مجلة شهرية، عدد 31 ، الجزائر، سبتمبر 1988.
- جابر حسن، الثقافة الإسلامية، الماهية والمشروع، مجلة المنطلق، لبنان: العدد الواحد والستون، جمادى الأول 1410هـ ــ كانون الأول 1989م.
- جامعة الجزائر، معهد علم النفس وعلوم التربية، الثقافة والتسيير، أعمال الملتقى الدولي، المنعقد بالجزائر من 28 إلى 30 /1992/11.
- درويش عبد الكريم و ليلى تكلا ، أصول الإدارة العامة، القاهرة: مكتبة الأنجلو مصرية، 1986.
- هونكه زغريد ، شمس العرب تسطع على الغرب، (ترجمة الدكتور فؤاد حسنين علي) ،الجزائر: مكتبة رحاب، 1986 .
- زكي رمزي، وداعاً للطبقة الوسطى، ط1، القاهرة: دار المستقبل العربي، 1997.
- حمداوي وسيلة، إدارة الموارد البشرية، قالمة (الجزائر): مديرية النشر لجامعة قالمة، 2004.

- كاظم حمود خضير، إدارة الجودة الشاملة، ط4، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، 2009
- كاست فريمونت، جيمزروزينويغ، المستشفى العام: تحليل تنظيمي مقارن، (ترجمة فريد نصير) ، المجلة العربية للعلوم الإدارية، الصادرة في الأردن، العدد الثالث، ذو الحجة 1401 هـ ـ تشرين الأول 1981م.
- كتاب المعرفة، شخصيات عربية، جنيف: شركة ترادكسيم، 1986.
- كينان كيت، أسس الإدارة الناجحة، (ترجمة نعمت سليمان)، بيروت: الدار العربية للعلوم، 1995.
- كينان كيت، أساليب حل المشاكل الإدارية، (ترجمة مركز التعريب والترجمة)، بيروت: الدار العربية للعلوم، 1996 .
- كينان كيت، أصول تفويض الصلاحيات، (ترجمة مركز التعريب والبرمجة)، بيروت: الدار العربية للعلوم، 1996.
- مجيد سوسن شاكر ومحمد عواد الزيادات، إدارة الجودة الشاملة، تطبيقات في الصناعة والتعليم، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع، 2007.
- مسعود السعيد و عبد الله عبد الرزاق، الطب ورائداته المسلمات، باتنة: دارالشهاب، 1988.
- مدكور محمد سلام، معالم الدولة الإسلامية، ط1، الكويت: مكتبة الفلاح، 1403هـ/1983.
- مسؤولية الطبيب، تقرير مغربي للمؤتمر الطبي التاسع عشر للمغرب العربي، الجزائر، من 6 إلى 9 ماي 1990.

- منظمة الصحة العالمية، التقرير الخاص بالصحة في العالم، 2008.
- نواصر العياشي ، استهلاك المخدرات ورد الفعل الاجتماعي، باتنة: مطبعة عمار قرفي، د.ت .
- نبيه محمد ، العلاج بالحجامة بين الطب والدين، القاهرة: مكتبة الصفا، 2004.
- عاشور أحمد صقر، إدارة القوى العاملة، الأسس السلوكية وأدوات البحث التطبيقي، الإسكندرية: دار الجامعات المصرية، ب.ت.
- عاشور أحمد صقر، التحديات العشرة للتنمية البشرية والتدريب في المنطقة العربية، أخبار الإدارة، القاهرة: المنظمة العربية للتنمية الإدارية، العدد 24 ، سبتمبر 1998.
- عوابدي عمار، مبدأ تدرج فكرة السلطة الرئاسية، الجزائر : المؤسسة الوطنية للكتاب، 1984.
- عمار سليم، الطب النفسي عند العرب بين الأمس واليوم، (المجلة الطبية لإتحاد أطباء العرب)،دمشق،العدد الأول، جانفي 1984.
- علاقي مدني عبد القادر، الإدارة، دراسة وصفية تحليلية للوظائف والقرارات الإدارية، ط1 ، جدة: دار التهامة، 1981 .
- قمير يوحنا ، فلاسفة العرب: ابن رشد ، ط3، بيروت: دار المشرق، 1997 .
- قمير يوحنا ، فلاسفة العرب: الغزالي، ط3، بيروت: دار المشرق، 1999.

- رابيت جون، بيتر بيرغ، دليل الجيب إلى الأيزو 9000، (ترجمة: مركز التعريب والبرمجة)، بيروت: الدار العربية للعلوم، 1999.
- شوفنمان جان بيار، الإسلام في فرنسا، شؤون الأوسط، الصادرة في بيروت: العدد 80، شباط - فبراير 1999.
- غالب مصطفى، ابن سينا، ط 3، بيروت: منشورات دار مكتبة الهلال، 1981.

ثانياً: الوثائق الحكومية

- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، جبهة التحرير الوطني، الدستور 1976.
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الدستور 1989.
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الدستور 1996.
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية و الشعبية، وزارة الصحة والسكان، إصلاح النظام الوطني للصحة، تقرير عن المؤتمرات والحلقات الدراسية، الجزائر: ديسمبر 1990.
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الأمر رقم 73_65 المؤرخ في 1973/12/28 م المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية، الجريدة الرسمية، العدد 1، الصادرة بتاريخ 1جانفي 1974م.
- ج.ج.د.ش، المرسوم التنفيذي رقم 86_25 مؤرخ في 2 جمادى الثانية 1406هـ ـ الموافق لـ1986/02/11م المتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الاستشفائية الجامعية، الجريدة الرسمية، العدد 6، الصادرة بتاريخ 3 جمادى الثانية 1406هـ ـ الموافق لـ 12 فيفري 1986م.

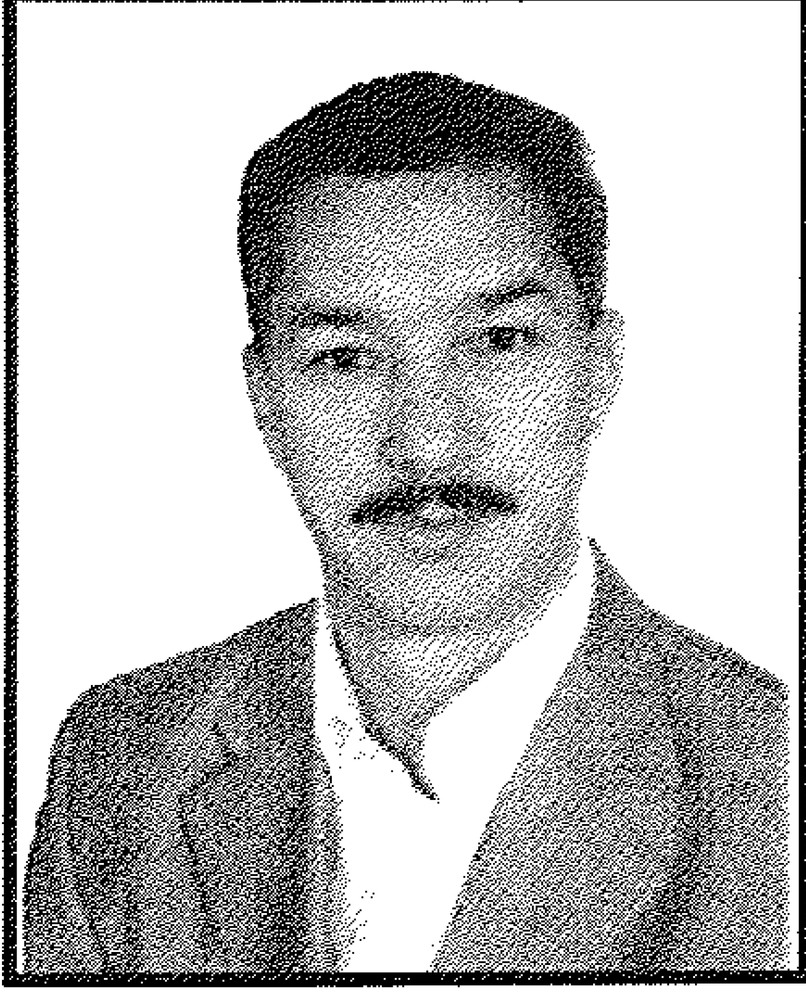
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة والسكان، ميثاق الصحة، 1998.
- ج. ج. د. ش، المرسوم التنفيذي رقم 07ـ 140 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.
- ج. ج. د. ش، تقرير حول حالة تنفيذ برنامج العمل الوطني في مجال الحكامة، نوفمبر 2008.
- ج ج د ش ، المرسوم التنفيذي رقم 97ـ467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 المحدد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها ، الجريدة الرسمية، العدد 81.
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة والسكان، المنشور الوزاري رقم1 المؤرخ في 08 أفريل 1995م، المتضمن مساهمة المرضى في نفقات الإطعام والإيواء داخل المستشفى.

المراجع باللغة الفرنسية:

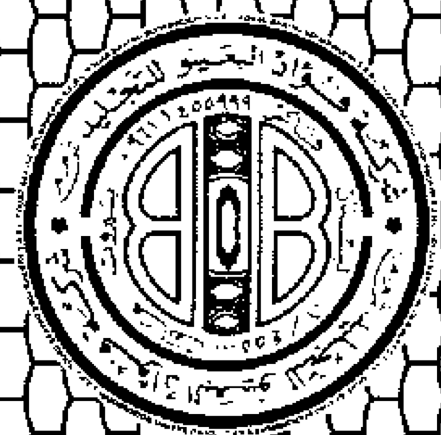
- Algérie guide économique et social, Rouïba: ANEP, 1991.
- Brisset CLAIRE, et JACQUES Stoufflet, Santé et médecine, Paris: édition la découverte,1988.
- Coulomb Raymond, Cadre de référence et Démarche Opérationnelle pour L'implantation d'un projet intégré- De management de la qualité au centre hospitalier de Gaspé, DES spécialisé en QUEOPS Canada, u, Montréal,2001 .

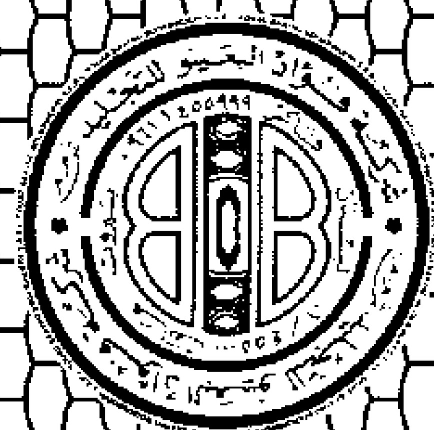
- Clément JEAN Marie, les pouvoirs à l'hôpital, Paris: Berger levrant, 1990.
- Encyclopédie Universalise, vol 8, Paris: GRECO INTERET, 1970.
- Khiati MOSTEFA, Regard sur la Santé , Alger: Imprimerie Dahleb, 1995.
- LAMRI Larbi. Le financement du système de santé, Réalités, enjeux et perspectives. gestionnaire, Alger : Revue de l'école nationale de la santé publique, n° spécial, Alger, juillet 1998.
- Maillard CHRISTIAN, Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours, Paris: bordés, 1986.
- OUFRIHA F. Zohra, « Systèmes de santé dans le monde », les cahiers du CREAD, N° 27/ 28 (3é et 4é trimestre 1991).
- R.A.D.P. Ministère de la santé et de la population , ACTES DE LA CONFERENCE SUR LA REFORME du SYSTEME de SANTE ET DE LFA SECURITE SOCIALE, Alger: Club des Pins, 4,5 et 6 Décembre 1990.
- R.A.D.P, Décret exécutif n° 2000-50 du 28 Dhou El kaada 1420 correspondant au 4 Mars 2000 modifiant le décret exécutif n° 94-187 du 26 Moharram 1415 correspondant au 6 Juillet 1994 modifié et complété , fixant la répartition du taux de cotisation de sécurité sociale, Journal officiel, n° 10 du 29 Dhou El kaada 1420 correspondant au 5 Mars 2000.

المؤلف في سطور



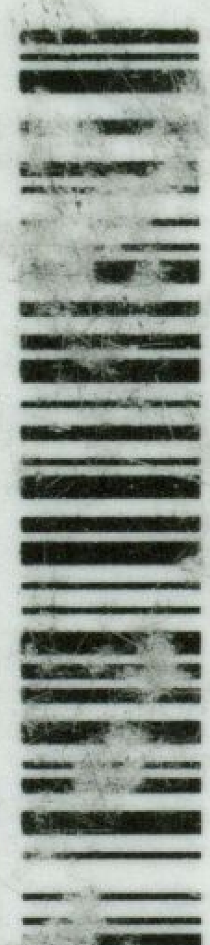
الدكتور نور الدين حاروش من مواليد 11 ـ 09 ـ 1964 بجيجل، متزوج وأب لثلاثة أطفال، حاصل على شهادة الدكتوراه من كلية العلوم السياسية والإعلام بجامعة الجزائر وشهادة التأهيل الجامعي من نفس الكلية، وشهادة ما بعد التدرج المتخصص في إدارة منظمات الصحة من المدرسة الوطنية للصحة العمومية بالتعاون مع جامعة الجزائر. شغل منصب نائب مدير بالمركز الاستشفائي الجامعي مصطفى باشا بالجزائر من 1999 إلى 2003، ويشغل الآن منصب أستاذ محاضر- أ- بكلية العلوم السياسية والإعلام وعضو بالمجلس العلمي ومحافظ مكتبة الكلية.





Health Management

According To
Comprehensive Quality System



Dr.
Al-Deen Haroush

ISBN 9957-16-751-6







دار الثقافة
للنشر والتوزيع
أسسها خالد محمود جابر حيف عام 1984 عمان - الأردن
Est. Khaled M. Jaber Haif 1984 Amman - Jordan
www.daralthaqafa.com